CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SEPTIÈME SESSION

TENUE A NANCY DU 1er AU 5 AOUT 1896

VOLUME II

Publié par le Docteur VERNET, *Secrétaire général*

COMPTES RENDUS





PARIS

G. MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1897

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SEPTIÈME SESSION

TENUE A NANCY DU 1er AU 5 AOUT 1896

VOLUME II

Publié par le Docteur VERNET, *Secrétaire général*

COMPTES RENDUS



PARIS

G. MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1897

Nancy. — Imp. A. Crépin-Leblond, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).

PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. BARTHOU, Ministre de l'Intérieur ;
MONOD, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique ;
STÉHELIN, Préfet de Meurthe-et-Moselle ;
MARINGER, Maire de Nancy ;
HEYDENREICH, Doyen de la Faculté de médecine de Nancy ;
BERNHEIM (de Nancy) ;
LADAME (de Genève) ;
MENDELSSOHN (de Saint-Pétersbourg).

Président :

M. le professeur PITRES, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Vice-Présidents :

MM. les docteurs VALLON, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine) ;
LAPOINTE, directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés d'Auxerre.

Secrétaire général :

M. le docteur VERNET, médecin en chef à l'Asile de Maréville.

Secrétaires des séances :

MM. les docteurs SEELIGMANN (de Nancy) ;
HARTENBERGER (de Nancy).

LISTE DES ADHÉRENTS AU CONGRÈS (1)

(Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des membres ayant assisté au Congrès.)

MM.

ADAM (Aloyse), médecin en chef, Asile Saint-Georges, Bourg (Ain) ;

ANGLADE, médecin adjoint, Asile de Braqueville, Toulouse ;

ARCHAMBAULT, médecin en chef du quartier des aliénés, Tours ;

* ARNAUD, de Vanves (Seine) ;

ARNOZAN (Xavier), professeur à la Faculté de Médecine, 27, Pavé des Chartrons, Bordeaux ;

* BALLET (Gilbert), professeur agrégé à la Faculté de médecine, 39, rue du Général Foy, Paris ;

BARBAUD, de Luxeuil ;

* BARROIS, interne à l'Asile de Maréville ;

* BÉRILLON, inspecteur adjoint des asiles d'Aliénés, 14, rue Taitbout, Paris ;

* BERNHEIM, professeur à la Faculté de médecine, 24, place Carrière, Nancy.

BOITEUX, médecin en chef, Asile de Clermont (Oise) ;

BONELLI (Giuseppe-Amore), à Catane (Sicile) ;

BONNET, médecin adjoint, Asile Saint-Robert (Isère) ;

BOUCHARD (Charles), membre de l'Institut, 174, rue de Rivoli, Paris ;

BOUCHEREAU, médecin en chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris ;

* BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes, Paris ;

BOURRU, directeur de l'Ecole de santé navale, cours Saint-Jean, Bordeaux ;

---

(1) Un seul membre étranger a refusé de payer sa cotisation, bien qu'il ait envoyé son bulletin d'adhésion.

Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 5, rue Bonaparte, Paris ;

* Buffet, directeur-médecin de l'Asile d'Ettelbruch (Grand-Duché de Luxembourg) ;

Calès, directeur de l'Asile de Château-Picon, Bordeaux ;

Camuset, directeur-médecin de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir);

* Carrier, médecin des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon ;

* Carrier fils, étudiant en médecine, Lyon ;

* Charpentier, médecin de Bicêtre, Paris ;

* Charuel, médecin adjoint, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

Chaslin, médecin-adjoint de Bicêtre, 64, rue de Rennes, Paris ;

Christian, médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine) ;

Claude (Henri), interne à la Salpêtrière, Paris ;

* Crocq (Jean-Baptiste), agrégé de l'Université, 1, rue du Parlement (Bruxelles) ;

* Cruet, étudiant en médecine, Paris ;

Cullerre, directeur-médecin, Asile de la Roche sur-Yon (Vendée) ;

* Delmas, directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Longchamps, Bordeaux ;

* Demange, professeur à la Faculté de médecine, rue Gambetta, Nancy ;

* Denizet, directeur de l'Asile de Maréville ;

* Deny, médecin de Bicêtre, Paris ;

* Doutrebente, directeur-médecin, Asile de Blois;

Dubuisson, directeur-médecin, Asile de Braqueville, Toulouse ;

* Duffner, 36, rue de Strasbourg, Nancy ;

* Duprey, Saint-Nicolas de Port (Meurthe-et-Moselle) ;

* Durante, 68, rue Gay-Lussac, Paris ;

* Etienne (Georges), professeur agrégé à la Faculté de médecine, 8, rue Grandville, Nancy ;

Falret (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris ;

Febvré, médecin en chef, Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise) ;

Fleury (Maurice de), 34, rue de Turin, Paris ;

Foveau de Courmelles, 26, rue Le Peletier, Paris ;

* Francotte (Xavier), professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège ;

GALLOPAIN, directeur-médecin, Asile de Fains (Meuse) ;
* GARNIER (Paul), médecin en chef de l'Infirmerie du Dépôt, 16, boulevard Montmartre, Paris ;
GARNIER (Samuel), directeur-médecin, Asile de Sainte-Ylie, près de Dôle (Jura) ;
* GIRAUD, directeur-médecin, Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure) ;
GIRMA, directeur-médecin, Asile Saint-Luc, Pau ;
GRASSET, professeur à la Faculté de médecine, Montpellier ;
* GUILLOZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 38, place Carrière, Nancy ;
GUYOT, directeur-médecin, Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne ;
* HAAS, médecin honoraire des hôpitaux de Metz, 5, villa de la Pépinière, Nancy ;
* HALLY, à Champenoux (Meurthe-et-Moselle) ;
* HANUS, interne à l'Asile de Maréville ;
* HARTENBERGER, 6, rue Stanislas, Nancy ;
* HAUSHALTER, professeur agrégé de la Faculté de médecine, rue de Rigny, Nancy ;
* HEYDENREICH, doyen de la Faculté de médecine, rue Gambetta, 48, Nancy ;
* JACQUES (Paul), professeur agrégé à la Faculté de médecine, 78, faubourg Saint-Jean, Nancy ;
* JOFFROY (Alix), professeur à la Faculté de médecine, 186, rue de Rivoli, Paris ;
KELLER, 127, faubourg Saint-Honoré, Paris ;
* KNŒPFLER, 5, rue du Faubourg-Saint-Georges, Nancy ;
KORSAKOFF (Serge), professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Moscou ;
LADAME, professeur à l'Université, 24, rue de la Corraterie, Genève ;
LALANNE, directeur de la Maison de santé, le Bouscat (Gironde) ;
* LAMACQ, 1, rue Ravez, Bordeaux ;
LANNOIS, médecin des Hôpitaux, 14, rue Saint-Dominique, Lyon ;
* LAPOINTE, directeur-médecin, Asile d'Auxerre (Yonne) ;
LARROUSSINIE, médecin de la Maison de santé, le Bouscat (Gironde) ;
* LAURENT, médecin de la Marine, 49, Grande-Rue, Brest ;

* Leclaire, avocat, 50, rue des Quatre-Eglises, Nancy ;
Le Filliatre, à Villejuif (Seine) ;
Legras, 7, passage Saulnier, Paris ;
Lemoine, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille ;
* Lévy, 248, rue de Strasbourg, Nancy ;
L'Hoest, médecin de l'Etablissement Sainte-Agathe, 20, rue Basse-Wess, Liège ;
* Lwoff, médecin adjoint, Asile de Prémontré (Aisne) ;
Mabille, directeur-médecin, Asile de Lafond, La Rochelle ;
Magnan, médecin de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris ;
* Mairet, doyen de la Faculté de médecine, Montpellier ;
* Marie (Armand), directeur-médecin de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher) ;
Marie (Pierre), professeur agrégé à la Faculté de médecine, 3, rue Cambacérès, Paris ;
Maupaté, médecin-adjoint, Asile d'Armentières (Nord) ;
Meilhon, médecin en chef, Asile de Montauban ;
* Mendelssohn, agrégé de l'Université, 20, rue Galernaïa, Saint-Pétersbourg ;
Meuriot, directeur de la Maison de santé, 17, rue Berton, Paris ;
Motet, directeur de la Maison de santé, 161, rue de Charonne, Paris ;
Nogués, directeur de l'Etablissement hydrothérapique, quai de Tounis, Toulouse ;
Pailhas, médecin adjoint, Asile du Bon-Sauveur, Albi ;
* Parant, directeur de la Maison de santé, 17, allées de Garonne, Toulouse ;
* Paris, médecin en chef, Asile de Maréville, près Nancy ;
* Parisot (Pierre), professeur agrégé à la Faculté de médecine, 47, rue Gambetta, Nancy ;
* Picard, directeur-médecin de la Maison de santé la Malgrange, à Jarville, près Nancy ;
* Pichenot, médecin en chef, Asile de Montdevergues (Vaucluse);
* Pierret, professeur à la Faculté, médecin en chef, Asile de Bron (Rhône) ;
Pilleyre, directeur-médecin, Asile de Prémontré (Aisne) ;
* Pitres, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux ;

Raymond, professeur à la Faculté de médecine, 156, boulevard Haussmann, Paris ;

* Rayneau, médecin en chef, Hospice d'aliénés, Orléans ;

* Rebatel, directeur de la Maison de santé de Champvert, 7, quai de l'Hôpital, Lyon ;

* Regaud, chef des travaux d'histologie, 49, rue de la République, Lyon ;

* Régis, chargé de cours des maladies mentales à la Faculté, 54, rue Huguerie, Bordeaux ;

Rémond, professeur à la Faculté de médecine, 45, rue des Tourneurs, Toulouse ;

Renaut, professeur à la Faculté de médecine, 6, rue de l'Hôpital, Lyon ;

Rey, médecin en chef, Asile Saint-Pierre, Marseille ;

* Ricoux, interne à l'Asile de Maréville ;

* Ritti, médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine) ;

* Rohmer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de l'Asile de Maréville ;

Roubinovitch, chef de clinique à Sainte-Anne, 13, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris ;

* Rouby, directeur, Maison de santé des Capucins, Dôle (Jura) ;

Rousset, médecin adjoint, Asile de Bron (Rhône) ;

* Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Bordeaux ;

* Sano (Fritz), 72, chaussée de Turnhout, Anvers (Belgique) ;

* Santenoise, médecin-adjoint, Asile Sainte-Ylie, près Dôle (Jura) ;

* Schmitt, professeur à la Faculté de médecine, 51, rue Chanzy, Nancy ;

* Seeligmann, interne à l'Asile de Maréville ;

* Séglas, médecin adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes, Paris ;

* Semelaigne (René), 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine).

* Serbski (Vladimir), agrégé de la Faculté de Moscou ;

Sérieux, médecin-adjoint, Asile de Villejuif (Seine) ;

* Simon (Paul), professeur à la Faculté de médecine, 15, rue de la Ravinelle, Nancy ;

* Sollier (Paul), 130, rue de la Glacière, Paris ;

Souques, chef de clinique de la Faculté, 93, rue de Rennes, Paris ;

* Spillmann, professeur à la Faculté de médecine, 40, rue des Carmes, Nancy ;

* Stœber, 66, rue Stanislas, Nancy ;

* Taty, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté, Lyon ;

* Thiry (Charles), interne des hôpitaux, Nancy ;

Thomas (André), interne de la Salpêtrière, Paris ;

Toy, chef de clinique de la Faculté, Asile de Bron, près Lyon ;

* Trenel, médecin-adjoint, Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure) ;

* Vallon, médecin en chef, Asile de Villejuif (Seine) ;

* Vernet, médecin en chef, Asile de Maréville, près Nancy ;

* Voisin (Auguste), médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier, Paris ;

Voisin (Jules), Médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.

COMPTE-RENDU FINANCIER

DU CONGRÈS DE BORDEAUX

1895

PRÉSENTÉ PAR M. LE Dr RÉGIS, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS

Recettes

154 cotisations à 20 francs	3.080	
8 cotisations à 10 francs	80	
Subvention de la Société médico-psychologique de Paris	300	
Don de la Société philomathique de Bordeaux	200	
Rachat d'exemplaires du volume sur Bordeaux par la municipalité	50	
Vente des volumes des Congrès de juillet 1895 à juillet 1896 (Compte Masson)	522 10	
Boni sur les recettes des excursions	24	
TOTAL...	4.276 10	4.276 10

Dépenses

Impression du volume du Congrès de Bordeaux	2.806 50	
Achat de 200 exemplaires du volume sur Bordeaux à l'A. F. A. S.	118 40	
Envoi des volumes	82 70	
Gratification imprimeurs	60	
Faculté de médecine, décorations, gratifications	100	
Impression circulaires, menus, plan de Bordeaux	82	
Secrétariat : fournitures bureau, timbres-poste, timbres de quittance, télégrammes, etc.	318	
TOTAL...	3.567 60	3.567 60
EXCÉDENT DE RECETTES...		708 50

CHOIX DU SIÈGE DU CONGRÈS POUR 1897

Le Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, confirmant le vote émis à Bordeaux, décide que la session de 1897 aura lieu à Toulouse.

M. le docteur Ritti, médecin de la Maison nationale à Charenton, est élu président du Congrès de Toulouse par 36 voix sur 38 votants.

M. le docteur Parant, directeur de la Maison de santé, est nommé secrétaire général.

CHOIX DES QUESTIONS ET DES RAPPORTEURS

POUR LE CONGRÈS DE 1897

1re *Question.* — Diagnostic différentiel de la paralysie générale.
Rapporteur : M. le docteur Arnaud.

2e *Question.* — De l'hystérie infantile.
Rapporteur : M. le docteur Bézy.

3e *Question.* — De l'organisation du service médical dans les Asiles d'aliénés.
Rapporteur : M. le docteur Doutrebente.

COMPTES RENDUS

DES SÉANCES

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(NANCY 1896)

SÉANCE D'OUVERTURE

(1er AOUT — MATIN)

La séance d'ouverture a eu lieu, samedi matin, à dix heures, dans une galerie de la salle Poirel, sous la présidence de M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle, assisté de M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, président du Congrès, et de M. le Dr Vernet, médecin en chef de l'Asile de Maréville, secrétaire général du Congrès.

Nombre de notabilités et de médecins de Nancy assistaient à cette séance, désireux de recevoir les médecins qui, de l'étranger et des différentes parties de la France, étaient venus participer aux travaux du Congrès. On remarquait dans l'assistance MM. Joffroy, Paul Garnier, Ritti, Gilbert Ballet, Deny, Séglas, Vallon, Charpentier (Paris), Pierret (Lyon), Régis, Lamacq, Delmas (Bordeaux), Giraud (Rouen), Doutrebente (Blois), Lapointe (Auxerre), Parant (Toulouse), Pichenot (Avignon), Buffet (Luxembourg), Crocq, Sano Fritz (Belgique), Mendelssohn, Wladimir Serbski (Russie), Heydenreich, Bernheim, Spillmann, Pierre Parisot (Nancy), etc., etc.

Discours de M. STÉHELIN, Préfet de Meurthe-et-Moselle

MESSIEURS,

Je ne dois qu'à mes fonctions et à votre courtoisie l'honneur d'ouvrir officiellement le septième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nous sommes heureux de compter dans vos rangs des délégués de la Belgique, notre excellente voisine, et de la Suisse, République sœur de la nôtre ; la Russie même doit être représentée parmi vous ; on peut dire d'elle que son langage est parfois français et que son cœur l'est toujours.

La présidence éphémère dont vous m'avez investi ne m'impose que de courts et faciles devoirs. Vous attendez de moi de ne pas vous infliger un discours où mon incompétence tenterait vainement d'aborder les redoutables problèmes réservés à votre science et à votre dévouement. Je n'ai garde d'oublier que je parle devant des maîtres, que l'ombre de l'éminent Charcot plane sur cette assemblée, que vos réunions étaient présidées hier par un de ses plus chers et plus brillants élèves, M. le docteur Joffroy, professeur à la Faculté de Paris, et qu'elles le seront dans un instant par un autre de ses disciples, M. le docteur Pitres, le jeune et savant doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. Je n'ai garde, non plus, d'oublier que je parle au milieu de professeurs et de médecins qui donnent leur travail et leur vie à la lutte, trop souvent inégale, entreprise et soutenue contre le mal le plus terrible dont l'homme puisse être atteint, parce qu'il est le signe de son amoindrissement moral ou de sa déchéance intellectuelle !

Mais n'est-il pas permis d'espérer que la bataille longue et persévérante vous ménage des victoires et que les maladies mentales et nerveuses bénéficieront à leur tour des grandes et récentes découvertes dont l'immortel Pasteur a eu le mérite et dont la France a eu la gloire ?

Chaque jour s'éclairent et se précisent l'étude intime du système nerveux, la notion des résistances dont une nutrition expérimentée peut doter l'organisme humain, et le choix des armes les plus propres à combattre les infiniment petits, nos adversaires les plus redoutables.

L'ennemi, démasqué aujourd'hui, est plus facile à vaincre; l'histoire naturelle des microbes et des bacilles se complète avec une rapidité rare et se développe avec une sûreté toute scientifique ; la physiologie de leurs sécrétions est magistralement fixée ; aussi vous ne tarderez pas à nous informer des réactions qu'elles déterminent sur le mécanisme nerveux et des moyens de les prévenir ou de les réprimer.

Pour rendre votre labeur plus fécond et mieux faire fructifier vos semailles, vous demandez instamment l'étroite communauté de la chaire et de la clinique ; M. le docteur Joffroy, à l'ouverture de votre précédent Congrès, traduisait ce désir en termes entraînants et bien faits pour convaincre. Nous souhaitons avec lui que, pour le bien de la science et des malades, on arrive à resserrer partout, dans un égal sentiment de conciliation et d'entente, les liens qui doivent unir l'enseignement et la pratique des maladies nerveuses et mentales.

Si ce vœu se réalise, vous aurez, Messieurs, un succès de plus à porter à un avoir déjà bien largement rempli.

Cet avoir s'est récemment et grandement enrichi ; vous avez trouvé, dans les derniers travaux des Ecoles française et italienne sur l'hérédité, les dégénérescences et leurs causes, la raison de mesures préventives dont l'expérience a prouvé l'utilité et l'importance, et auxquelles l'avenir ajoutera son contingent de découvertes et d'améliorations. Vous marchez ainsi, d'un pas ferme et assuré, dans la voie montante du progrès et nous entrevoyons le jour où vos efforts, vos recherches, l'élan que vous donnent vos assises annuelles, vous conduiront à des résultats encore plus décisifs et défendront l'humanité contre la plus attristante de ses misères.

C'est sous l'inspiration de cette pensée et de cette espérance, qu'à vous tous, soldats illustres ou éprouvés de cette rude et saine campagne, je souhaite la plus cordiale des bienvenues au nom du département qui vous accueille et de Nancy qui vous reçoit.

Je dois aussi vous remercier d'avoir choisi notre cité comme le siège de votre congrès. Je n'aurai d'ailleurs aucune peine à trouver et j'aurai quelque fierté à dire les motifs de cette détermination que vous avez prise à Bordeaux avec un ensemble qui nous touche.

Vous avez voulu, d'abord, répondre au dessein qu'avaient formé d'anciens camarades devenus des collègues autorisés.

Il ne vous déplaisait pas ensuite de vous réunir et de délibérer à côté d'un des asiles les plus peuplés de France, de l'ancienne « renfermerie » qui a pris peu à peu la forme et les proportions d'un village, de ce vaste établissement que nous nous efforçons d'agrandir et d'améliorer encore avec le concours d'un personnel modeste et dévoué qui mérite le témoignage public que je lui apporte.

Vous avez tenu aussi, Messieurs, à vous rapprocher d'une Faculté qui n'est pas étrangère au culte passionné que provoque l'étude des maladies nerveuses ; elle a vu éclore ici, sous la poussée d'un esprit vigoureux et sympathique, une façon d'Ecole qui ne manque ni d'intérêt ni d'éclat.

Enfin, Messieurs, et je suis sûr d'être l'écho de vos sentiments les plus vibrants et les plus profonds, vous avez entendu, en venant à Nancy, au seuil de la frontière, vous mêler aux membres d'une Université qui est l'héritière de l'Académie de Strasbourg et aux professeurs d'une Ecole de médecine qui a repris avec énergie et qui porte avec dignité le drapeau enlevé aux mains des maîtres de la Faculté alsacienne. Ces maîtres étaient les Sédillot, les Stolz, les Shutzenberger, les Tourdes : cette École était illustre là-bas ! Il appartient à d'autres de dire si elle l'est redevenue ici ; mais il m'appartient du moins d'affirmer que nous entourons notre Faculté de médecine d'affection et d'estime, parce qu'elle est restée fidèle à ses grandes traditions, qu'elle a pieusement gardé la religion des souvenirs, parce que, aux confins de la Patrie, elle soutient avec honneur le bon renom de la France et qu'elle évoque, jusque dans le domaine pacifique de la science, un passé qui n'est pas sans grandeur et un avenir qui n'est pas sans espoir.

Discours de M. le Professeur PITRES, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Messieurs,

Je remercie bien sincèrement M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle des paroles aimables qu'il vient d'adresser au corps

médical. Ce n'est pas la première fois que nous recueillons dans nos congrès l'expression de la sympathie des représentants des pouvoirs publics et, chaque fois que cela nous arrive, nous en éprouvons une grande joie. Vivant au milieu des malades, connaissant mieux que personne leurs besoins matériels et moraux, nous avons tout naturellement le grand désir de voir aboutir les réformes qui nous paraissent de nature adoucir l'amertume de leur situation.

Or, nous savons par expérience qu'aucune modification sérieuse et utile ne peut être apportée à leur sort que par l'accord intime et confiant des administrateurs et des médecins. Aussi sommes-nous toujours heureux de voir les hommes que leurs hautes fonctions appellent à prendre part à la direction des affaires de l'assistance publique, s'intéresser à nos travaux et nous encourager à poursuivre l'œuvre philanthropique dans laquelle nous sommes leurs collaborateurs les plus dévoués, et, j'oserai le dire, leurs conseillers les plus sûrs.

Messieurs, le congrès des médecins aliénistes et neurologistes dont nous allons ouvrir la VII[e] session, dans cette belle et patriotique ville de Nancy qui nous a généreusement offert l'hospitalité, est maintenant entré dans les mœurs. Fondé en 1890, il a depuis cette époque tenu régulièrement ses séances annuelles, et de plus en plus affirmé sa vitalité par le nombre et la qualité des travaux qui lui ont été soumis. La collection de ses actes renferme, à côté d'une foule de mémoires originaux et de discussions intéressantes, des rapports étendus et détaillés dont quelques-uns sont de véritables chefs-d'œuvre. Il est ainsi devenu un organe très important de diffusion des sciences psychiatriques et neurologiques.

Créé en 1890, par les médecins aliénistes seuls, il devait tout d'abord n'y être traité que des questions se rattachant directement à la psychiatrie.

Avec une conception très nette des conditions qui favorisent les progrès et la science, ses fondateurs et ses premiers adhérents ont décidé d'en ouvrir l'accès à ceux de leurs confrères qui, sans être des aliénistes de carrière, s'occupent plus particulièrement de l'étude si complète et si attachante des maladies du système nerveux. Ceux-ci ont saisi avec empressement l'occasion qui leur était offerte de lier des rela-

tions plus étroites avec les successeurs et les émules des Pinel, des Esquirol, des Marc, des Morel, des Calmeil, des Baillarger. Ils ont renoncé au projet qu'ils avaient formé de créer un congrès de neurologie, et se sont groupés avec joie autour des maîtres éminents et des praticiens distingués qui se sont acquis une juste notoriété dans la science des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés. Le congrès de médecine mentale est alors devenu le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Est-ce un bien ? Je le crois fermement. La division en deux groupes séparés de l'armée des travailleurs s'occupant des maladies nerveuses et mentales est tout à fait artificielle. Elle ne repose sur aucune idée générale. Elle est en opposition avec la nature même des choses. Scientifiquement, elle est irrationnelle. Pratiquement, elle aurait pour résultat, si elle était rigoureusement maintenue, de fragmenter l'étude des maladies qui sont unes et ne peuvent bien être connues que si on les envisage dans l'ensemble de leurs manifestations dans la série entière de leur évolution. Remarquez, en effet, que la plupart des maladies mentales ne sont représentées dans les asiles d'aliénés que par des types accentués ou compliqués dont les formes atténuées ou simples se rencontrent couramment dans la pratique civile ou dans les hôpitaux, de telle sorte qu'on serait exposé à n'avoir que des notions incomplètes et par conséquent erronées sur la paralysie générale, l'épilepsie, la neurasthénie, la chorée, etc., si on ne connaissait ces maladies que par les cas qu'on peut observer dans les maisons spécialement consacrées au traitement des maladies mentales.

Inversement, il y a une foule de maladies, de syndromes ou d'épisodes morbides qui, par leur nature, appartiennent en propre à la médecine mentale, et qu'on n'a jamais ou presque jamais l'occasion d'observer dans les asiles d'aliénés ; tels sont, par exemple, les délires toxiques transitoires, les délires fébriles, les obsessions psychiques conscientes, etc.

Enfin, il y a un bon nombre de maladies mixtes, qui s'accompagnent parfois mais non pas toujours de perturbations psychiques et qui devraient conséquemment figurer tantôt dans le groupe des cas appartenant aux neurologistes, tantôt dans

celui ressortissant aux aliénistes ; de ce nombre sont la sclérose en plaques, le *tabes*, le ramollissement cérébral et la paralysie générale elle-même dont la variété non délirante est d'une incontestable fréquence.

Pour ces raisons, il est indispensable de compléter les unes par les autres les recherches des neurologistes. Elles sont absolument solidaires. Elles marchent de pair. Elles ont les mêmes objets, les mêmes tendances, les mêmes méthodes, le même but. Elles ne doivent pas être séparées.

Cela est si vrai qu'il s'est toujours établi une sorte de pénétration continue entre les études de pathologie mentale et celles de pathologie nerveuse, si bien que les grandes découvertes qui ont été faites dans l'un de ces domaines n'ont jamais beaucoup tardé à étendre leur influence sur l'autre.

C'est d'ailleurs là, il faut bien le reconnaître, un fait très général. Nous puisons incessamment autour de nous des idées, des notions, des doctrines qui ne nous appartiennent pas et dont nous nous servons comme si elles étaient notre bien. Les sciences d'observation progressent beaucoup plus par les emprunts qu'elles font ainsi de côté et d'autre aux sciences voisines que par les découvertes de leurs propres adeptes. Un exemple, qui touche par un côté aux rapports de la neurologie et de la psychiatrie, nous est fourni par l'histoire de ce qui s'est passé sous nos yeux lorsque se sont établies dans la pathologie du système nerveux les doctrines de la dégénérescence, et un peu plus tard, dans la pathologie mentale, celles de l'infection.

Il y a une trentaine d'années, un aliéniste de carrière qui était en même temps un profond observateur et un grand philosophe, Morel, étudiant les conditions de production des maladies mentales, comprit le rôle capital que joue dans leur genèse l'hérédité pathologique. Il traça dans ses leçons cliniques et dans son admirable ouvrage sur les dégénérescences de l'espèce humaine, les principales lois de l'hérédité dégénératrice. Cette notion, tirée uniquement de l'étude des maladies mentales et appliquée uniquement par Morel à l'étiologie des psychopathies et des névroses, gagna bien vite du terrain. Elle s'étendit à toutes les maladies nerveuses et les neurologistes en firent l'application à une foule d'états mor-

bides dont ils ignoraient jusqu'alors les véritables causes, tout comme s'ils en avaient été les créateurs.

Pendant que la doctrine de la dégénérescence s'étendait ainsi de la pathologie mentale à la pathologie nerveuse, la microbiologie préparait dans le silence des laboratoires les merveilleuses expériences dont les résultats devaient, quelques années plus tard, pénétrer triomphalement dans la médecine générale, transformer la chirurgie par l'application des procédés antiseptiques, et bouleverser toutes nos connaissances sur la pathogénie des maladies infectieuses.

On ne pensait pas tout d'abord que la révolution dût se propager au delà des maladies générales fébriles épidémiques. Mais bientôt nous apprîmes, non sans étonnement, que la rage était produite par un poison organique dont l'action nocive, épargnant la plupart des tissus de l'économie, portait d'une façon élective sur certains éléments des centres nerveux. Un peu plus tard, des expériences rigoureuses démontrèrent que le tétanos était le résultat de l'empoisonnement des centres bulbo-protubérantiels par des toxines sécrétées par le bacille de Nicolaïeff, et que les paralysies diphtéritiques étaient dues à l'intoxication de la moelle épinière et de la moelle allongée par les poisons engendrés par le bacille de Lœffler.

Puis on nous montra que l'injection, dans le sang d'animaux bien portants, de certains bouillons de cultures microbiennes, privées ou non par le filtrage de leurs éléments figurés, pouvaient donner lieu à des paraplégies franches, à des myélites infectieuses aiguës.

On comprit alors que le système nerveux n'échappait pas aux lois générales de l'infection, et les neurologistes s'attachèrent à étudier ses réactions et ses altérations en présence des agents microbiens. Ils reprirent, avec des idées nouvelles, l'étude des névrites, des myélites, des encéphalites, et reconnurent la fréquence de leur origine infectieuse.

Ils constatèrent que le bacille de Hausen végétait de préférence dans les nerfs périphériques où sa présence déterminait les troubles sensitifs, les atrophies musculaires, les ulcères trophiques des extrémités caractérisant les formes anesthésique, atrophique et mutilante de la lèpre ; que des névrites périphériques diffuses, irrégulièrement disséminées, succé-

daient assez souvent à l'intoxication typhique et se développaient parfois insidieusement dans le cours de la tuberculose pulmonaire ; que, dans beaucoup de cas, les inflammations aiguës de la moelle et du cerveau étaient manifestement provoquées par des microbes ou par des toxines microbiennes, et que même certaines lésions organiques des centres nerveux telles que celles de la paralysie infantile, de la parencéphalite, de la sclérose en plaques, étaient la conséquence probable d'infections anciennes ayant déterminé des lésions locales indélébiles. Enfin, des statistiques aussi importantes par le nombre des cas sur lesquelles elles portaient, que par l'autorité scientifique de leurs auteurs, montrèrent que le tabes avait des rapports de causalité avec la syphilis et que loin d'être, comme on le pensait communément, une maladie constitutionnelle dérivant de l'hérédité arthritique, il représentait vraisemblablement, lui aussi, une des formes par lesquelles peut se manifester l'infection des centres nerveux.

En même temps ils étudièrent de près l'étiologie des névroses et contrairement aux opinions anciennes d'après lesquelles l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie étaient des maladies héréditaires, ils établirent que dans certains cas elles succédaient manifestement à des empoisonnements infectieux de l'organisme.

Les aliénistes, qui étaient restés jusque-là étrangers au mouvement qui se passait auprès d'eux, commencèrent à se préoccuper sérieusement des doctrines nouvelles qui jetaient un jour si imprévu sur la pathogénie des maladies nerveuses et à en appliquer les principes à l'étude de l'étiologie des maladies mentales. Leurs travaux se succédèrent alors rapidement. Les recherches que firent plusieurs d'entre eux sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, recherches dont une bonne partie a été communiquée aux congrès de médecine mentale de 1890 et de 1891, ouvrirent la voie. Le remarquable rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les psychoses par auto-intoxication mit en lumière des faits de nature à frapper tous les esprits non prévenus, et la plupart des médecins aliénistes reconnaissent aujourd'hui que beaucoup de cas de psychoses pures, de confusion mentale primitive, de manie, de mélancolie, de folies soit typhoïdiques soit

grippales sont engendrés ou tout au moins occasionnellement provoqués par des infections accidentelles des centres nerveux.

Ainsi dans cette question limitée, mais extrêmement importante de l'étiologie des maladies mentales et nerveuses, les aliénistes et les neurologistes se sont rendu à courte échéance de mutuels services. Les premiers ont conçu et fixé la doctrine de la dégénérescence qui s'est bientôt étendue à toute la pathologie nerveuse, les seconds ont préparé l'accès dans la médecine mentale de la doctrine de l'infection, doctrine dont ils avaient puisé les éléments dans la médecine générale, laquelle les avait empruntés aux travaux de laboratoire de notre illustre Pasteur et de ses élèves.

La morale de ceci, c'est que nous avons tous intérêt à ne pas nous enfermer dans des spécialisations trop étroites et trop exclusives, à élargir le plus possible notre horizon. Un neurologiste aurait une culture insuffisante s'il ne se tenait au courant des progrès qui s'accomplissent tous les jours dans le domaine de la psychiatrie, et un aliéniste se priverait de précieux éléments d'enseignement s'il ne suivait d'un œil attentif et curieux les recherches qui se font dans le domaine de la neurologie.

Je ne veux pas, Messieurs, retarder plus longtemps l'ouverture de vos travaux. Permettez-moi cependant, avant de terminer, d'adresser de chaleureux remerciements à ceux de nos collègues qui ont pris une part active à l'organisation de notre Congrès, notamment à notre cher et éminent président de la session dernière, M. le professeur Joffroy, qui nous a puissamment aidés de ses conseils et de son expérience, à M. le docteur Vernet, qui, exerçant provisoirement et en quelque sorte sans mandat officiel les difficiles fonctions de secrétaire général, s'est attaché avec un dévouement au-dessus de tout éloge à nous préparer la réception dont le programme est entre vos mains, et à MM. les rapporteurs qui ont rédigé les remarquables monographies dont vous avez déjà apprécié la valeur.

Permettez-moi aussi de vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait en me confiant la présidence du présent Congrès.

Je vous en exprime de tout cœur ma profonde gratitude.

Après la séance, un certain nombre de médecins aliénistes se sont réunis pour entendre une communication de M. le Dr Parant, au sujet d'un projet d'Union des médecins aliénistes de France. Il a été décidé de confier à une Commission de quatre membres le soin de préparer un projet de statuts à discuter dans une des premières séances du Congrès.

SÉANCE DU 1er AOUT (SOIR)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr PITRES, PRÉSIDENT

La séance est ouverte à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, mis gracieusement à la disposition du Congrès.

M. le professeur Joffroy, président du Congrès de Bordeaux, ouvre la séance par le discours suivant :

Mes chers Collègues,

Je ne veux pas quitter ce fauteuil sans vous adresser un dernier mot de reconnaissance.

Je veux remercier encore une fois ceux qui, à Clermont-Ferrand, m'ont appelé à présider le Congrès de Bordeaux; je veux remercier ceux qui, à Bordeaux, ont si activement et si merveilleusement préparé ce Congrès, que sa réussite était assurée à l'avance. J'envoie donc tous mes remerciements à nos confrères Bordelais et plus particulièrement à M. Pitres, l'éminent doyen de la Faculté de Médecine, ainsi qu'à M. Régis, l'infatigable secrétaire général qui, depuis la première heure jusqu'à la publication entière de nos travaux, s'est adonné à sa tâche avec l'ardeur la plus juvénile.

Je remercie aussi le Maire et la Municipalité de Bordeaux, la Magistrature bordelaise qui était représentée par deux de ses membres les plus distingués, et enfin j'adresse mes remerciements au Préfet de la Gironde, M. Berniquet, qui a assisté avec la plus franche cordialité à plusieurs de nos réunions et nous a apporté le concours le plus empressé. Je

saisis avec empressement cette occasion pour lui adresser, en mon nom et au nom de tout ce Congrès, nos plus vives félicitations pour la distinction dont il vient d'être l'objet de la part du Gouvernement.

Et maintenant, j'invite mon vieil ami, le professeur Pitres, à venir prendre ma place : je suis bien heureux de le féliciter et je suis fier de voir à la tête du Congrès de Nancy un président qui jouit, dans le monde scientifique, d'une réputation si haute et si légitimement conquise.

M. le professeur Pitres remercie et fait procéder immédiatement à l'élection complémentaire des membres du bureau. (Voir aux préliminaires).

Des applaudissements unanimes accueillent la lecture du télégramme suivant, que M. Pitres vient de recevoir :

Moscou. — Les aliénistes de Moscou félicitent leurs collègues français à l'occasion du septième Congrès des Aliénistes et leur souhaitent le plus grand succès.

Signé : Drs Korsakoff, Sawei, Mogilowitsch, Koarsky, Stoupine, Semidaloff, Thérian, Worobieff, Petroff, Soukhanoff, Streltzoff.

M. le Dr Régis, secrétaire général du Congrès de Bordeaux, donne lecture du compte rendu financier de ce Congrès qui se solde par un excédent de recettes de 708 fr. 50.

Le Congrès décide que désormais les excédents de recette, s'il y a lieu, seront transmis aux secrétaires généraux des sessions suivantes.

La parole est ensuite donnée à M. Seglas, qui résume verbalement son rapport sur la première question : Pathogénie et Physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe.

A la suite de cet exposé, la discussion est ouverte :

Discussion du rapport de M. Séglas

Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe

M. VALLON. — Sur la pathogénie des hallucinations de

l'ouïe, mon opinion peut se résumer ainsi : toute hallucination est un phénomène central, d'origine cérébrale ; il n'y a pas d'hallucination d'origine périphérique, d'origine sensorielle. Les preuves de la proposition que j'avance sont fournies et par la physiologie et par la pathologie cérébrales.

La plupart des psychologues considèrent l'hallucination comme une exagération maladive du phénomène normal de la représentation mentale, comme une représentation mentale extériorisée. Or, cette proposition n'est pas conforme à la réalité ou du moins ne contient qu'une partie de la vérité. A l'état normal, nous avons la faculté de nous représenter mentalement un objet auquel nous pensons ; cette faculté acquiert parfois une vivacité exceptionnelle. Certaines personnes sont capables d'évoquer un souvenir avec une force telle que l'objet se projette au dehors, s'extériorise. Il est des peintres qui peuvent pour ainsi dire faire poser devant eux un modèle déjà vu ou créé par leur imagination. Il est des musiciens qui, extériorisant leur pensée, arrivent à entendre un morceau de musique déjà écouté, un air nouveau au fur et à mesure qu'ils le composent. Dans certains cas, cette représentation mentale extériorisée prend une intensité telle qu'elle devient incoercible et échappe plus ou moins à l'action frénatrice de la volonté, la représentation mentale extérorisée s'impose avec une persistance obsédante. Cet état est voisin de la maladie, mais ne constitue pas encore l'état pathologique. Jusque-là le sujet se rend compte qu'il est facteur actif dans la production du phénomène, que celui-ci vient de lui et non du dehors ; mais un pas de plus, il perd la notion qu'il joue un rôle actif dans la production de ce qu'il voit ou de ce qu'il entend : le phénomène se détache de la personnalité, ne fait plus partie du moi ; à ce moment le Rubicon est franchi, le sujet a quitté le domaine physiologique pour entrer dans l'état pathologique, il est halluciné.

C'est cette inconscience de l'origine de la sensation qui, à mon avis, caractérise essentiellement l'hallucination. En un mot, pour que l'hallucination soit constituée, il ne suffit pas

qu'il y ait extériorisation de la représentation mentale, il est encore nécessaire que celle-ci se détache du moi, il faut que le sujet croie que l'objet vu, le son entendu n'est pas un produit de son imagination, mais tire son origine du dehors.

Comme on le voit, le passage de l'état physiologique à l'état pathologique se fait insensiblement, la représentation mentale se transforme progressivement par une série d'opérations pour aboutir à l'hallucination ; or, tous ces phénomènes successifs sont essentiellement de nature cérébrale ; il est donc logique de considérer l'hallucination elle-même comme un trouble d'origine cérébrale.

Une autre preuve de la nature cérébrale et puremennt cérébrale des hallucinations se déduit de ce fait que les hallucinations sont constamment en rapport intime avec les idées délirantes du malade. C'est ce qui se passe, par exemple, dans le délire des persécutions. Après une phase d'inquiétude vague qui dure souvent longtemps et revêt parfois les caractères d'un délire hypocondriaque, le malade est pris d'hallucinations de l'ouïe. Or, celles-ci correspondent aux idées qui le dominent depuis longtemps : il y a entre elles et le délire un lien étroit, ce qui indique bien encore leur origine cérébrale, leur nature psychique.

Le grand argument qu'on a fait valoir en faveur de l'origine périphérique des hallucinations, c'est l'existence d'hallucinations unilatérales chez les individus atteints d'une maladie de l'oreille du côté correspondant. Mais si on examine de près tous ces faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils sont passibles d'une interprétation tout autre que celle qu'on en a donnée, qu'il s'agit là non de véritables hallucinations, mais de sensations subjectives interprétées. Voici une observation qui permet de bien saisir la pathogénie et la nature du phénomène improprement désigné sous le nom d'hallucination d'origine périphérique ou sensorielle. Un homme est atteint d'une perforation des deux tympans ; son ouïe s'affaiblit considérablement ; en même temps, dans ses oreilles, il entend des bourdonnements, des sifflements, etc., mais il se rend bien compte de l'origine

de ces bruits, il comprend bien qu'il sont liés aux lésions de ses oreilles. Pendant longtemps, pendant des mois, cette conscience de son état persiste chez le malade. Plus tard, sous l'influence de chagrins divers, il tombe dans un état mélancolique ; bientôt sur ce fond mélancolique se développent des idées de persécution, en un mot, il devient malade du cerveau. Alors, mais alors seulement, il interprète d'une façon délirante les sensations auditives qu'antérieurement il appréciait à leur juste valeur, il se figure que ce sont des gens qui lui sifflent dans les oreilles, qui lui disent des choses désagréables. Ce qui s'est passé chez mon malade fait comprendre le mécanisme des prétendues hallucinations unilatérales d'origine périphérique.

Dans tous ces cas de lésions auriculaires, il se produit, en somme, une impression subjective qui est transmise au cerveau et appréciée par celui-ci correctement ou incorrectement, suivant qu'il est lui-même sain ou malade. On voit donc qu'il n'existe pas, à proprement parler, d'hallucination d'origine périphérique.

On m'objectera encore les faits dans lesquels l'hallucination auditive reconnaît comme point de départ une excitation de l'appareil auditif venue du dehors. M. Séglas a cité l'exemple d'une femme qui, entendant fermer une porte, s'est entendue appeler « vieille pouilleuse ». Mais dans ce cas il s'agit d'une personne habituellement hallucinée et l'on ne peut pas dire que l'excitation produite par le bruit de la porte a créé l'hallucination, elle n'a fait évidemment que la provoquer.

Depuis Esquirol, on définit l'hallucination *une perception sans objet*. L'hallucination, en effet, consiste à sentir alors que rien n'impressionne le sens ; c'est une sensation moins l'impression qui la produit habituellement ; en un mot ce qui caractérise l'hallucination, c'est l'absence d'impression. Donc tout phénomène qui a pour origine une impression quelconque, par définition, n'est pas une hallucination. Dans l'illusion, au contraire, il y a une impression sensorielle et c'est précisément sur ce caractère qu'est basée la différence entre l'illusion et l'hallucination. Or, dans les phénomènes qu'on désigne sous le

nom d'hallucinations d'origine périphérique, il y a, comme dans l'illusion, une impression périphérique; sans doute il existe une différence dans le lieu et dans le mode d'impression, en sorte que la prétendue hallucination d'origine périphérique se rapproche plus de l'illusion que de l'hallucination.

En résumé, dans tous les faits désignés sous le nom d'hallucinations d'origine périphérique, il s'agit de phénomènes différents de l'hallucination; à des choses différentes il importe, sous peine de confusion, de donner des noms différents. A l'hallucination psychique seule il faut réserver le nom d'hallucination; à la prétendue hallucination d'origine périphérique, qui n'a que les apparences de l'hallucination, qui n'est qu'une *pseudo-hallucination*, qu'une *fausse hallucination*, il convient d'appliquer l'appellation de *sensation subjective interprétée*, laquelle indique bien l'origine et la nature du phénomène.

L'hallucination est donc toujours et constamment un trouble cérébral, d'origine cérébrale, centrifuge et jamais un trouble d'origine périphérique. Ce point établi, il importe de donner de l'hallucination, une définition qui caractérise bien sa nature et la différencie nettement de tous les troubles dont le point de départ est non dans le cerveau, mais à la périphérie. Pour atteindre ce but, je propose de substituer à la définition classique : *L'hallucination est une perception sans objet*, la suivante, plus restrictive, plus précise : **L'hallucination est une perception sans impression.** Ainsi, par définition même, se trouveraient éliminés du cadre de l'hallucination, tous les phénomènes prétendus hallucinatoires dont le point de départ est à la périphérie, soit sur le trajet du nerf, soit dans l'appareil sensoriel, soit en un point quelconque, telles en particulier les soi-disant hallucinations unilatérales de l'ouïe liées à une lésion auriculaire du même côté, lesquelles sont évidemment, je ne saurais trop le répéter, des phénomènes bien différents dans leur essence de la véritable hallucination et doivent, par conséquent, recevoir une autre dénomination.

La synthèse des troubles de la sphère auditive, tels que je les comprends, peut être représentée par le tableau suivant :

I. Troubles dont le point de départ est dans le cerveau		*Hallucination* (sensation sans objet, sensation moins l'impression qui la produit habituellement).
II. Troubles dont le point de départ est à la périphérie	1° Dans l'appareil sensoriel	a. *Sensation subjective* dans l'appareil sensoriel malade, sans l'intervention d'aucun objet extérieur, il se produit une impression que *le cerveau sain* perçoit normalement.
		b. *Sensation subjective interprétée fausse hallucination* dans l'appareil sensoriel malade, sans l'intervention d'aucun objet extérieur ; une impression ayant été produite, *le cerveau malade* la perçoit d'une façon anormale.
	2° Au dehors	*Illusion* (c'est une sensation *objective* mal interprétée) : un objet extérieur impressionne l'appareil sensoriel, le cerveau malade perçoit cette impression objective d'une façon anormale.

M. Gilbert Ballet. Je suis de l'avis de M. Séglas, quand il déclare que la physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe est, à l'heure actuelle, un problème insoluble. Toutefois, nous possédons des données suffisantes pour appré-

cier par quels côtés pèchent les théories qu'on a proposées ou par quels côtés elles se rapprochent de la vérité. A ce point de vue, la théorie de l'excitation des centres sensoriels de Tamburini me paraît très insuffisante à expliquer l'hallucination, et je pense qu'il y a lieu de revenir à la théorie intellectuelle, en la présentant sous une forme un peu différente de l'ancienne, et en l'adaptant aux exigences de nos connaissances actuelles.

On a très justement défini l'hallucination (c'est peut-être la meilleure définition empirique qui en ait été donnée), une *perception sans objet*. Si elle est cela, son mécanisme doit se rapprocher beaucoup de celui de la perception. Voyons donc quels sont les rouages du mécanisme de cette dernière.

Toute perception suppose une impression reçue par l'organe des sens, la conduite de cette impression par le nerf auditif et les neurones, qui lui font suite, au centre auditif cortical, quel qu'il soit et où qu'il soit.

Quel est le rôle de ce centre? C'est lui qui réalise la perception *auditive brute*, c'est-à-dire celle qui concerne la différenciation des sons en tant que sons, ou des sons appréciés au point de vue de leur timbre, de leur nature, de leur intensité. Quant à la perception *auditive différenciée*, et à la perception *auditive verbale*, elles supposent l'intervention d'autres centres que le centre auditif, je veux dire de ceux où sont évoquées les images visuelles, tactiles, etc., sans le concours desquelles il n'y a pas de perception auditive *différenciée*, ni de perception auditive *verbale*.

En d'autres termes, le centre auditif *suffit* peut-être à la perception auditive brute, il *concourt* simplement à la perception auditive différenciée, et à la perception verbale.

Si nous cherchons à appliquer ces notions à l'étendue du mécanisme de l'hallucination, nous sommes conduits, tout d'abord, à éliminer la théorie *sensorielle*. Ni l'organe récepteur périphérique, ni le conducteur ne sauraient suffire à l'élaboration d'une perception, qu'elle soit avec ou sans objet. A la vérité, quand on parle de théorie sensorielle, on a plutôt en vue l'intervention des impressions comme cause possible d'halluci-

nations : la théorie est plutôt étiologique que pathogénique.

En ce qui concerne celle formulée par Tamburini, et en vertu de laquelle l'hallucination résulterait de l'excitation du centre cortical auditif ; elle est certainement insuffisante et incomplète. On a comparé l'hallucination à l'épilepsie corticale. Mais, entre l'une et l'autre, il y a de grandes dissemblances : l'épilepsie est la réaction d'un centre moteur qui donne, sous l'influence de l'excitation, tout ce qu'il peut donner, qui se comporte toujours de la même façon, sous l'influence des excitants, quels qu'ils soient (pathologiques ou électriques). L'hallucination auditive, à la supposer fonction du centre auditif, supposerait une sélection particulière parmi les multiples impressions emmagasinées.

Au reste, les affections qui s'accompagnent le plus souvent d'épilepsie corticale (paralysie générale, tumeurs) ne sont pas celles qui donnent le plus souvent naissance aux hallucinations auditives. De même, celles dans la symptomatologie desquelles ces hallucinations tiennent une grande place (délire de persécution) ne donnent pas naissance à de l'épilepsie partielle. Donc, je crois la comparaison plus spécieuse et plus séduisante que vraie.

En fait, l'hallucination auditive est un phénomène beaucoup plus complexe que l'épilepsie corticale, beaucoup plus *intellectuel*.

Je me trouve ainsi amené à reprendre la théorie intellectuelle, telle du moins qu'on la peut concevoir aujourd'hui, c'est-à-dire comme impliquant l'intervention nécessaire dans les phénomènes hallucinatoires de centres multiples, de tous ceux qui sont nécessaires à l'évocation des images dont l'ensemble et la synthèse réalise la fausse perception.

Indirectement, d'ailleurs, on peut prouver, par la clinique, l'intervention de ces multiples éléments corticaux (psychiques) dans la pathogénie des hallucinations. Qu'il s'agisse des hallucinations des mystiques ou des persécutés, des hystériques ou des gens sains en apparence, même des alcooliques, on retrouve derrière et au dessous, un *état mental* passager ou durable, évi-

dent ou plus ou moins latent, qui les conditionne et les explique.

En résumé, Messieurs, je pense que le rôle du centre auditif, bien que *nécessaire*, n'est pas *suffisant*, pour produire l'hallucination auditive. Il n'intervient, dans la règle, que d'une façon secondaire et dans tous les cas, accessoire. L'hallucination n'est pas un simple délire des sensations, « c'est un véritable délire dans le sens le plus général du mot ».

M. E. RÉGIS. — **Les Hallucinations unilatérales et la Pathogénie des Hallucinations**

L'idée générale qui se dégage du remarquable rapport de M. Séglas, c'est que l'intervention des centres sensoriels corticaux est l'élément indispensable de l'hallucination. Toutefois, cette intervention n'est pas pour lui « la condition nécessaire et suffisante à la fois » du phénomène ; l'appareil sensoriel périphérique intervient aussi, mais à titre secondaire, « à titre non de cause efficiente, mais seulement de cause provocatrice ». Finalement, M. Séglas semble se ranger à la conclusion de Tamburini : « Il faut admettre une excitation morbide constante des centres corticaux, ayant pour point de départ aussi bien les organes périphériques de la sensibilité que les voies conductrices ou les centres eux-mêmes ».

Parmi les faits qui ont servi au Rapporteur pour discuter le rôle respectif de l'organe du sens et du centre cortical dans l'hallucination, il faut citer surtout les *hallucinations unilatérales* qui sont en effet très propres à cette étude.

Tout le monde, je crois, admet aujourd'hui l'existence des hallucinations unilatérales, hormis M. Soury qui, s'appuyant sur certaines données anatomiques, semble les considérer comme irréalisables et conclut que les malades ne savent pas observer, qu'ils se trompent, ce qui reste, d'ailleurs, à établir.

En réalité, il y a des hallucinations unilatérales, c'est-à-dire

qu'il est des individus chez lesquels la localisation de l'hallucination se fait non plus dans les deux côtés, mais dans un seul côté du même sens : le nombre de cas actuellement connus, tant en France qu'à l'étranger, ne peut plus laisser aucun doute à cet égard.

Ces cas, en se multipliant, sont venus non seulement démontrer l'existence du phénomène, mais encore confirmer l'opinion que j'avais émise en 1881, dans le premier travail paru sur le sujet (1) : que l'hallucination unilatérale était due à une lésion unilatérale de l'organe du sens dans lequel elle se localise.

Toutes les observations publiées depuis, sans exception, ont révélé une lésion de ce genre, lésion organique ou fonctionnelle, périphérique, centrale ou intermédiaire.

Ce fait me paraît donc vraiment acquis, que tous les sujets atteints d'hallucinations unilatérales offrent, en un point quelconque de son trajet, depuis la périphérie jusqu'au centre cortical, une lésion unilatérale de l'organe du sens du même côté.

Cela prouve l'intervention de l'appareil sensoriel dans la production de l'hallucination. Ce qui achève de le prouver, c'est l'influence des diverses positions de la tête, de la fermeture de l'une ou de l'autre oreille, du traitement de la lésion, etc., dans les cas de ce genre. Ces particularités sont connues et nous y avons insisté dans nos observations. Pour citer un nouvel exemple et bien qu'il s'agisse d'hallucinations visuelles, je dirai que j'observe en ce moment, à ma Consultation des maladies mentales de la Faculté de Bordeaux, une jeune femme, hystérique, atteinte de mélancolie avec idée fixe. Elle ne pense qu'à son enfant qu'elle a perdu depuis quatre ans et voit sans cesse, à son côté, un trou béant, celui où il a été enseveli. Comme elle aperçoit toujours ce trou à gauche, à trente centimètres environ de son pied, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas là d'une hallucination unilatérale. La malade, elle, n'a pu me dire si elle le voyait des deux yeux ou d'un seul, mais

(1) E. Régis. Des hallucinations unilatérales ; contribution à l'étude pathogénique des hallucinations (L'*Encéphale*, 1881).

en lui fermant les paupières l'une après l'autre, j'ai remarqué que l'occlusion de l'œil droit ne modifiait pas l'hallucination, qui disparaissait au contraire immédiatement par l'occlusion de l'œil gauche. Il existait de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle à gauche et un rétrécissement du champ visuel plus marqué de ce côté.

En ce qui concerne « la diminution ou la disparition des hallucinations auditives unilatérales par la fermeture de l'oreille opposée », ce qu'on constate dans certains cas, M. Séglas voit là un fait difficilement explicable, à moins d'admettre que l'unilatéralité de l'hallucination n'est qu'apparente et que les sensations morbides qui paraissent au malade perçues par une seule oreille, sont simplement *localisées* à son insu, par lui, dans la direction de droite ou de gauche. C'est presque, comme on le voit, l'idée de M. Soury ; mais l'argument n'a pas cette portée. Si la fermeture de l'oreille du côté opposé à l'hallucination unilatérale a parfois pour effet d'atténuer celle-ci, c'est tout simplement, je crois, parce que chez les individus sujets à des bruits subjectifs de l'ouïe, l'occlusion de l'oreille opposée *modifie* très souvent ces bruits. Et ce qui le prouve, c'est que si chez certains hallucinés unilatéraux, cette occlusion a pour effet d'atténuer l'hallucination, chez d'autres, au contraire, elle la renforce, comme chez mon premier malade de 1881. C'est donc encore là non un argument contre, mais un argument en faveur de l'intervention de l'organe du sens dans l'hallucination.

S'il est incontestable que l'appareil auditif intervient dans l'hallucination unilatérale, on n'est pas encore bien fixé sur la question de savoir quelles sont les lésions que l'on constate dans ce cas et s'il en est de plus habituelles. Aussi, M. Séglas ne spécifie-t-il rien à cet égard. Cela tient, comme il le fait d'ailleurs remarquer, à ce que, en général, les observations manquent d'indications précises. Et cependant, il serait intéressant de savoir s'il y a des lésions de l'oreille plus spécialement liées aux hallucinations unilatérales, et lesquelles. Pour ma part, j'ai toujours tenu à établir exactement la nature et le

caractère de ces lésions, en m'adressant à des spécialistes tels que MM. Miot, Moure, Guément. Il me semble, d'après les cas qui me sont personnels, que les lésions qui prédominent sont celles de l'otite catarrhale ou scléreuse et celles de la chaîne. Mais il est difficile de s'assurer si les altérations s'étendent plus avant et intéressent les fibres de conduction de l'organe au centre cortical.

Ne sachant pas très exactement à quelles lésions sensorielles correspondent de préférence les hallucinations unilatérales, nous savons encore moins, cela va sans dire, si ces hallucinations varient de forme avec le siège de ces lésions. Tamburini dit bien qu'un état irritatif aura pour résultante une sensation morbide qui sera d'autant plus simple que la lésion sera plus périphérique, d'autant plus compliquée qu'elle sera plus centrale; mais, comme le remarque M. Séglas, il serait excessif de généraliser et nous n'avons pas de faits suffisants pour résoudre la question.

Il me semble cependant possible de dire que plus la lésion est *périphérique*, plus l'hallucination se rapproche de l'hallucination *psycho-sensorielle* et que plus la lésion est *centrale*, plus l'hallucination tend à prendre le type *psycho-moteur*. Car l'hallucination unilatérale comme les autres, peut être *psycho-sensorielle*, *psycho-motrice* et même comme dans celle de mes observations citée par M. Séglas (1), *sensorio-motrice*.

Ce que je crois pouvoir mieux affirmer encore, et c'est là un point de pratique intéressant, c'est que les hallucinations unilatérales sont d'autant plus *curables* quelles correspondent à des lésions plus *périphériques*. Des cas existent, non douteux, où l'hallucination unilatérale a disparu sous l'influence de la guérison, par un traitement approprié, de la lésion sensorielle. Mes deux premiers cas, le cas de Max Buch et celui de Mabille sont très probants à cet égard. Lorsque la lésion siège plus haut, dans l'oreille interne ou plus profondément encore, l'hallucination paraît rester insensible au traitement. Aussi, la

(1) E. Régis. Les hallucinations unilatérales, leçon clinique (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1894).

distinction des hallucinations unilatérales en hallucinations d'origine périphérique et d'origine centrale, proposée par MM. Joffroy et Toulouse, au point de vue des caractères symptomatiques, semble-t-elle justifiée également au point de vue de l'évolution et du pronostic.

Un fait sur lequel j'appelle aussi l'attention, c'est la coïncidence fréquente de l'hallucination unilatérale de l'ouïe avec une lucidité marquée, parfois complète. Des quatre malades que j'ai observés, deux avaient des idées de persécution, mais ils se rendaient compte que leurs hallucinations étaient des phénomènes pathologiques. Les deux autres n'avaient aucun délire et appréciaient très exactement le véritable caractère de leurs hallucinations. L'un, qui s'entendait interpeller dans la rue, spontanément se retournait, ne pouvant malgré tout se soustraire à l'influence de cette brusque appellation ; mais presque aussitôt, il revenait à lui et se mettait à rire en se disant : « *C'est mon oreille qui me fait cela* » (1).

Ces cas d'hallucinations avec conscience absolue vont à l'encontre de la théorie intellectuelle ou psychique de l'hallucination, que vient de soutenir si brillamment M. Ballet et d'après laquelle l'hallucination ne serait pour ainsi dire qu'une émanation du délire, n'existerait pas sans trouble mental.

Le hasard m'a amené ces jours derniers, à ma consultation des maladies mentales de la Faculté de Bordeaux, une nouvelle malade atteinte d'hallucinations unilatérales, avec lucidité parfaite. Je demande la permission de résumer très brièvement les points essentiels de son observation qui présente certaines particularités intéressantes au point de vue de la question qui nous occupe, la pathogénie des hallucinations de l'ouïe.

Il s'agit d'une femme âgée de 58 ans, sans hérédité spéciale, ménopausée depuis 14 ans, qui a eu autrefois des accidents d'hystéro-neurasthénie par choc moral, aujourd'hui guéris.

Il y a 18 ans, à l'époque même de ses accidents nerveux, elle

(1) E. Régis. Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne (*France médicale*, 1882, n° 35).

éprouva des douleurs de tête et des bourdonnements dans l'oreille gauche. Ces bourdonnements ont toujours persisté depuis, sans modification, jusqu'à il y a six mois.

A ce moment, après un refroidissement, elle fut atteinte d'influenza avec accès périodiques de fièvre et douleurs névralgiques, qui fut traitée par la quinine. Les bourdonnements d'oreille s'accrurent.

Dans les premiers jours du mois d'avril, retour des accès de fièvre et bourdonnements plus forts (bruit de tempête, de cloches, de conque) pendant une dizaine de jours. Puis, disparition de la fièvre, mais persistance d'une céphalée avec sensation de *tourniquet* dans le crâne.

Vers le quinze avril, le bruit de l'oreille prend un caractère nettement différencié. C'est le son d'un cor de chasse éloigné, dont la malade reconnaît la sonnerie et qui joue toujours le même air. Un peu plus tard, le bruit se perfectionne encore. La malade entend, toujours exclusivement dans l'oreille gauche, une voix de jeune femme chantant diverses chansons : « *Les quatre rubans de l'Alsacienne, la Marseillaise*. C'était lointain, mais très distinct.

C'est dans ces conditions qu'elle vient à Bordeaux.

Là, elle s'aperçoit que les bruits, qui sont maintenant devenus des voix articulées, se précisent encore. Après avoir assisté à une cérémonie d'église, elle entend, dans son oreille gauche, chanter des cantiques. Après avoir écouté une musique militaire, elle entend une musique jouer des airs suivis à son oreille. Elle entend aussi les fanfares stridentes des trompettes de mail-coach.

L'état actuel de la malade est le suivant.

Depuis le matin au réveil jusqu'au soir à son sommeil, qu'elle est obligée de favoriser artificiellement, elle perçoit constamment, dans son oreille gauche, un bruit subjectif, affectant la forme d'un bourdonnement. De temps à autre, à divers moments de la journée, de plus en plus fréquemment, dit-elle, ce bourdonnement est remplacé par des voix : une sorte de chœur lointain, distinct, mais léger et une voix isolée chantant divers

chants bien articulés, qui commence doucement, puis va grossissant et finit par s'éteindre en se mêlant au chœur. Quelque chose d'analogue à un air de soliste, sur un fond uniformément soutenu d'accompagnement. Jamais de voix de personnes connues, jamais d'interpellations, jamais d'injures.

La malade n'a pas remarqué si les diverses positions du corps ou la fermeture de l'une et de l'autre oreille modifiaient ces perceptions auditives ; mais l'expérience, faite en ma présence, a montré qu'en bouchant son oreille gauche, siège de l'hallucination, le bruit, bourdonnement ou voix, devient plus fort, tandis qu'en bouchant son oreille droite, il diminue. Quand il se fait beaucoup de bruit autour d'elle, elle n'entend plus ni voix, ni bourdonnement. Elle les perçoit moins, dit-elle, par un vent du nord, davantage par un vent du sud ou quand elle est émue. Le matin, à son réveil, le silence est absolu, mais à condition qu'elle conserve son immobilité ; au moindre déplacement, le bourdonnement reparaît.

Cette femme n'a jamais entendu sa pensée répétée et je n'ai pas saisi, chez elle, de mouvements apparents d'articulation muette. Cependant, son hallucination paraît être plutôt *sensorio-motrice* que psycho-sensorielle. La preuve, c'est que tout en ne faisant aucune différence entre ses perceptions auditives normales et ses perceptions pathologiques, tout en indiquant même qu'elles lui semblent rapprochées ou éloignées, elle a la sensation que « ces musiques ne viennent pas du dehors mais sont comme dans sa tête ». Elles sont donc plutôt *internes qu'externes*.

La malade a la conscience parfaite, absolue, de la nature morbide de ces voix. Quand on lui demande si elle croit que les autres personnes entendent ce qu'elle entend, elle répond en riant : « Comment cela serait-il, ce n'est que mon imagination, un état nerveux. » A certains moments, les voix sont tellement naturelles qu'elle est obligée de se raisonner et elle se dit : « C'est pas vrai, c'est pas vrai ; fais ce que tu voudras, je ne veux pas t'écouter ». Elle ajoute, en manière de réflexion : « *Je comprends bien que ce n'est pas possible que j'aie des chan-*

teurs dans ma tête ». Elle sent très bien qu'il y a là un danger pour son esprit, car elle répète souvent : « Si je m'étais laissée aller, il y a longtemps que j'aurais la tête perdue ». Elle se rend bien compte également que ce qu'elle entend par son oreille gauche est surtout la reproduction des bruits forts qui ont frappé son ouïe. C'est pourquoi elle évite ces bruits et ne va ni à la musique militaire ni aux cérémonies d'église, parce que les airs et les chants se répéteraient après dans son oreille.

Elle nous cite même à cet égard deux faits intéressants : « Voyez, dit-elle, si c'est l'*écho* de ma pauvre tête. Un jour que j'étais désespérée d'entendre toujours chanter à mon oreille, je me mis à implorer le Ciel et m'écriai à plusieurs reprises : « Doux cœur de Jésus, soyez mon amour ! » Et alors, j'entendis se répéter à mon oreille, pendant assez longtemps, ces mots : « Soyez mon amour ! » Une autre fois, le jour où elle partit pour Bordeaux, elle appela à haute voix son mari, qui se trouvait au fond du jardin : « Coste ! Coste ! » Le soir, à Bordeaux, après s'être couchée, elle entendit distinctement à son oreille gauche, et cela durant plusieurs heures, ce cri : « Coste ! Coste ! »

Il y a là un véritable *écho-hallucination* ou *hallucination-écho*, différant nettement de ce que M. Séglas appelle l'*écholalie hallucinatoire*.

Jamais, comme je l'ai dit, la malade n'a rien entendu d'anormal dans son oreille droite. Elle ne présente aucun symptôme de parésie, aucun trouble de sensibilité, aucune trace de délire.

L'examen des oreilles pratiqué par le Dr Guément a donné les résultats suivants :

« Bruits subjectifs dans l'oreille gauche (musique, chants) ; la malade reconnaît des airs qu'elle a entendu jouer ou chanter. Pas de vertige. Rien de positif des deux côtés.

Montre forte : Oreille droite, 0,30 ; oreille gauche, 0,20.

Oreille gauche. Épaississement du tympan. Otite catarrhale chronique sans sclérose. La pression centripète ne modifie guère la perception du son du diapason appliqué sur le crâne dans le voisinage de l'oreille gauche.

Oreille droite. Tympan normal. La pression centripète diminue la perception du son du diapason.

Cette expérience indique que la chaîne est indemne à droite, qu'elle est roidie à gauche.

En résumé, légère otite catarrhale avec ankylose de la chaîne.

Le traitement employé jusqu'à ce jour, tant local que général, n'a pas sensiblement modifié l'état hallucinatoire. »

Cette observation nous offre à relever quelques particularités intéressantes.

Nous y voyons, en premier lieu, un nouvel exemple de coexistence d'hallucinations unilatérales auditives avec une lésion de l'oreille du même côté, ce qui, nous l'avons dit, est la règle.

Nous y voyons aussi que la lésion de l'organe sensorial a été à elle seule incapable de créer l'hallucination. Depuis dix-huit ans la malade avait des bruits subjectifs et pendant dix-huit ans, tout s'est borné là. Pour arriver jusqu'à l'hallucination, il a fallu l'intervention d'une autre cause, l'influenza compliquée de paludisme, c'est-à-dire une maladie infectieuse, accentuant peut-être la lésion auriculaire, mais agissant surtout sur le cerveau.

A dater de ce moment, les bruits subjectifs de l'oreille suivent une gamme ascendante, depuis le simple bourdonnement jusqu'aux chants et aux mots nettement articulés, en passant par la série des bruits différenciés. Les voix ainsi produites sont absolument solidaires du bourdonnement antérieur ; elles se superposent à lui et en constituent comme une sorte de transformation, de perfectionnement.

L'hallucination affecte le type sensorio-moteur, sans mouvements apparents d'articulation muette ; les voix semblent parler et chanter non au dehors, mais dans la tête.

Ces voix sont la reproduction de choses sues par la malade, mais surtout la répétition, à la façon d'un écho, de bruits forts qui ont récemment frappé son oreille (*hallucination-écho*).

Enfin, il y a, chez le sujet, conscience absolue de la nature du phénomène morbide. C'est, comme on le disait autrefois, *une hallucination corrigée par la raison*.

La particularité susceptible de nous intéresser le plus dans cette observation, au point de vue de la question qui nous occupe, la pathogénie de l'hallucination, est celle de l'*écho hallucinatoire*. Nous croyons, en effet, qu'on peut la faire servir dans une certaine mesure à l'élucidation du problème.

Comment cette particularité peut-elle se produire? Comment peut-il se faire qu'après avoir frappé l'oreille, un son s'y répercute plus ou moins souvent et plus ou moins longtemps après?

L'explication qui vient naturellement à l'esprit est évidemment celle de l'écho. Un son frappe l'oreille, il est conduit au centre cortical qui l'apprécie. Si le centre est irrité, l'excitation persiste et si des conditions particulières de réflexion du son se trouvent réalisées dans l'oreille, le son viendra s'y réfléchir avec une certaine persistance. C'est probablement ainsi que les choses se passent chez notre malade.

Une telle interprétation est-elle en désaccord avec les théories physiologiques ou psychologiques existantes? Non.

Pour expliquer le mécanisme de la projection au dehors de l'image hallucinatoire, M. Séglas rappelle l'hypothèse souvent invoquée d'un courant sensoriel centrifuge, allant du cerveau à la périphérie. « La découverte récente, dit Bergson, de voies sensorielles centrifuges, nous inclinerait à penser qu'à côté du processus afférent qui porte l'impression au centre, il y en a un autre, inverse, qui ramène l'image à la périphérie. »

Notre observation semble à la fois donner raison à cette hypothèse physiologique et, en même temps, jeter une certaine lueur sur le mécanisme de l'hallucination unilatérale. L'excitation auditive, partie de la périphérie, atteint le centre cortical où se produit la perception, l'image. Le choc en retour, constitué par le courant sensoriel centrifuge, au lieu de s'éteindre aussitôt, comme à l'état normal, persiste ou se réveille par le fait et de la stimulation cérébrale et de la lésion de l'oreille, qui fixe sa localisation d'un seul côté.

L'excitation première n'aurait même pas besoin de partir de la périphérie. Une stimulation suffisamment énergique du centre cortical doit suffire à ranimer l'image auditive avec

assez d'intensité pour reproduire le courant sensoriel centrifuge. De là des hallucinations différentes : celles à point de départ périphérique, à courant d'incidence et courant de réflexion, venant de l'oreille et y aboutissant après leur étape corticale ; celles à point de départ central, à simple courant de réflexion, venant du cerveau et se terminant à l'oreille.

En résumé, je crois, avec M. Séglas, que la condition nécessaire, constante, de l'hallucination, est l'excitation du centre cortical.

Avec lui aussi, mais plus encore que lui, je crois que l'appareil sensoriel intervient à titre de condition adjuvante, non seulement comme localisation du point d'arrivée de l'hallucination mais aussi, dans certains cas, comme point de départ.

L'hallucination serait donc, en fin de compte, plutôt un phénomène *cortico-sensoriel* qu'un phénomène exclusivement cortical, et cette conclusion, on le voit, n'est pas sensiblement différente de la théorie *psycho-sensorielle* telle que l'ont conçue nos maîtres et en particulier Baillarger.

MM. VALLON et MARIE. — **Sur un cas de délire religieux à hallucinations visuelles et auditives.**

A propos du rapport de M. Séglas sur les hallucinations auditives, nous avons cru intéressant d'apporter ici une observation, prise dans le service des hommes à Villejuif, de psychose systématisée à évolution progressive avec délire de teinte mystique.

Chez les persécutés classiques, l'hallucination et les troubles variés de la sphère auditive sont de règle à l'exclusion des troubles analogues de la sphère visuelle ; or, il nous a paru que lorsque le délire affectait la forme religieuse, il échappait à cette règle générale posée par Lasègue et confirmée depuis par tous les aliénistes. En effet, nous avons observé un

certain nombre d'aliénés de cette catégorie spéciale qui nous ont paru présenter des hallucinations visuelles caractéristiques sur lesquelles nous appellerons ici l'attention.

Ces troubles prédominants de la sphère visuelle sont avec les troubles psycho-moteurs, également fréquents, pathognomoniques de la variété religieuse des délires systématisés.

Samt (1), dans son travail sur l'application des méthodes naturelles à l'étude de la psychiatrie, signale comme particularité de son délire religieux à forme exaltée la prédominance des hallucinations visuelles, aux dépens des troubles auditifs prédominants au contraire dans les autres formes de délires systématisés primitifs.

« Ces individus, a dit aussi Calmeil, ont, comme ils le disent, reçu des inspirations divines ; ils se croient appelés à réformer les religions des peuples, à établir une religion universelle, à donner des leçons de civilisation aux divers souverains de l'univers ; ils se disent les envoyés de Dieu, de grands prophètes, ont la prétention d'être invulnérables, immortels, d'être assez puissants pour ressusciter les morts, pour lancer l'*ire* de Dieu sur la terre, pour hâter la fin du monde, etc...

« Ils aperçoivent dans la lune, dans le soleil, des taches, des nuages, des emblèmes dont ils s'évertuent à donner l'explication ; ils se trouvent face à face avec des anges resplendissants de clarté ; ils écrivent des codes de morale, des évangiles sous la dictée du Saint-Esprit ou du fils de Dieu, s'enivrent de l'harmonie céleste, de senteurs qui n'ont rien de commun avec les odeurs terrestres... ; enfin le firmament s'ouvre devant leurs yeux ébahis, et ils contemplent à loisir le trône du Créateur et la splendeur des chérubins et du paradis..., ils voient des météores enflammés, des êtres mystérieux, des animaux emblématiques, etc., accompagnés d'éclairs, de tonnerre, d'éclats de trompettes ». (Calmeil, p. 81.)

Beaucoup de ces visionnaires, dit encore Calmeil, s'étonnent de n'avoir jamais entendu proférer une seule parole aux

(1) Samt. — *Die naturwisfensif. Methode in Psychiatr.* (Berlin 1874 p. 38-42).

êtres mystérieux qui leur apparaissent et qui se contentent, disent-ils, de leur exprimer leurs intentions ou leur volonté par un langage muet. (*De la Folie*, p. 37 et 81.)

C'est qu'en effet chez les mystiques, l'éréthisme des centres cortico-optiques semble l'emporter sur celui des centres auditifs. Or, chez les persécutés types, l'hallucination visuelle est bien plus rare que celle de l'ouïe, aussi Lasègue niait-il qu'on pût la rencontrer autrement qu'à titre exceptionnel, par exemple, dans le cas d'alcoolisme surajouté.

On verra par l'observation qui suit combien les hallucinations visuelles dont nous nous occupons, diffèrent de celles de l'alcoolisme avec lesquelles elles ne peuvent être que difficilement confondues.

Les visions des mystiques sont d'ailleurs de deux ordres, terrifiantes ou consolantes, répondant au double courant délirant antagoniste d'attaque et de défense. Les premières consistent en apparitions diaboliques où les malades voient Satan sous des formes diverses ou bien des spectres et des revenants. Ces spectacles lugubres sont d'ailleurs communs aux démonomanes persécutés et aux mélancoliques possédés, ils sont généralement combinés à des interprétations délirantes multiples, mais portant surtout encore sur des illusions visuelles.

L'un de nos malades assistant à un orage voit dans les jeux de lumière et les nuées sombres opposées, la lutte de Satan contre le Seigneur; il publie sur ce sujet un poème de 300 vers, intitulé le *Message de Dieu*.

Un autre cité par Semerie voit un chat et comprend que c'est le diable.

Le tableau légendaire de la tentation de saint Antoine et les représentations mystiques si souvent renouvelées de ses missions offrent un exemple frappant et typique de ce genre de phénomènes hallucinatoires.

Ces troubles manifestes dans la sphère visuelle n'excluent point ceux des autres sphères, en particulier ceux de la sphère auditive, mais ces derniers semblent rester au second plan, et comme accessoires, souvent à l'état élémentaire.

De ce nombre sont les interprétations sinistres données à certains bruits tels que les aboiements nocturnes des chiens, les cris lugubres des hiboux coïncidant avec des visions sinistres. Suivant les divagations communes aux anciens démonolâtres, le diable sentait le roussi, le soufre (hallucinations olfactives); il emportait à travers les airs ceux qu'il avait ensorcelés après les avoir métamorphosés en bouc ou autre animal (hallucinations de la sensibilité générale); il leur faisait manger des mets diaboliques au sabbat (hallucinations gustatives) et s'accouplait avec eux en incubes ou succubes (sensibilité génitale).

Comme les précédentes, les hallucinations consolantes antagonistes paraissent prédominer dans la sphère visuelle.

Ce sont le plus souvent des visions radieuses et resplendissantes de lumière, les personnages en sont généralement immobiles, quelquefois même c'est la figure d'un tableau ou d'une statue longtemps contemplés antérieurement, ou seulement un personnage d'image pieuse; leur attitude fixe, l'expression de la physionomie, un simple geste parfois permettent au malade de comprendre la signification et le but de l'apparition.

La révélation peut aussi être rendue plus explicite par la vision de mots écrits à l'exemple du Mané Thécel Pharès de Balthazar. Généralement les phénomènes se combinent, le personnage apparu tenant par exemple en main des tables où se lit l'inscription.

Ici encore l'hallucination visuelle principale peut s'accompagner d'hallucinations accessoires autres.

C'est ainsi que certains visionnaires croient entendre un accompagnement de musique séraphique en même temps qu'ils perçoivent des odeurs d'encens et de myrrhe.

C'est aussi au cours de leurs contemplations que les illuminés ravis d'extase par l'apparition radieuse s'imaginent être enlevés de terre et transportés par lévigation au sein de la divinité. C'est là un trouble de la sensibilité générale analogue à celui du transport au sabbat des démonopathes.

On peut même observer au cours de ces phénomènes exta-

tiques, des troubles de la sphère génitale pouvant aller jusqu'à l'orgasme vénérien.

Il n'est pas jusqu'à la sensibilité gustative qui ne puisse participer à ces désordres comme chez ces mystiques qui croient savourer dans leur extase la manne céleste.

« Enfin, dit Calmeil, ces monomaniaques arrivent à tomber « dans une abstraction d'eux-mêmes telle, qu'ils n'ont plus la « conscience de ce qui se passe dans leur propre intellect ; ils « croient en s'écoutant parler, n'être pas moins passifs que « s'ils étaient dépourvus de tête (hallucinations motrices) ; ils « offrent cependant cette particularité, que constamment leurs « idées se rapportent dans ces moments à l'objet principal de « leur délire, (à la différence des conceptions des mélanco- « liques chroniques contrastant avec le caractère et les idées « habituelles auxquelles elles s'opposent). »

« Ces malades répètent les oracles d'une voix intérieure.... « qui n'est autre que l'inspiration immédiate du délire. » Ils peuvent par une sorte d'extériorisation objectiver cette articulation inconsciente hors d'eux-mêmes, et attribuer leurs propres paroles à leurs visions ou aux êtres réels qui les entourent.

Une ancienne religieuse croyait que ses chats parlaient plusieurs langues ; elle montra à Calmeil l'un d'eux qui récitait parfaitement, disait-elle, les prières latines qu'elle prononçait elle-même continuellement ! (*l. c.* T. I, L. 1.)

C'est alors un vrai dédoublement par automatisme psychomoteur (1).

On le voit donc, le *moi* en se dédoublant tardivement ici laisse l'individualité première non amoindrie, au contraire la personnalité surajoutée ne survenant que tard, se greffe sur une mentalité antérieurement exagérée par un long éréthisme sensoriel, enfin au lieu d'être en opposition, les deux éléments réalisent des tendances convergentes.

(1) La zoophilie et la foi aux métamorphoses découlent naturellement de l'objectivation de l'articulation mentale qui fait attribuer aux bêtes un langage humain.

Ce dédoublement est donc la conséquence de l'hypertrophie du moi, au lieu d'être la cause de sa désagrégation. Aussi les phénomènes psycho-moteurs se mettent-ils d'accord avec les troubles sensoriels prédominants en dernier lieu (visions consolantes) et la couleur nouvelle des idées délirantes (théomanie). Tantôt ces malades conservent la notion de leur unité psychique et se disent les intermédiaires entre la divinité et le genre humain, ce sont les messagers de Dieu, ses secrétaires, il leur dicte ses volontés et ils les répètent (hallucinations de l'ouïe et motrices combinées). Tantôt ils sont directement inspirés et croient à une sorte d'incarnation en eux, de possession divine, comme on l'a dit. (Hallucinations motrices seules.)

Dans l'un et l'autre cas, il s'établit une sorte de dialogue entre le patient et le mystérieux interlocuteur cantonné dans le cerveau moteur.

Le premier pose des questions auxquelles le second consulté répond automatiquement.

Un dynamisme psycho-moteur est réalisé, conscient mais involontaire chez les uns, inconscient et involontaire chez les seconds (inspirés).

Le malade dont nous apportons l'observation rédige depuis quelque temps des lettres d'avertissements où se reconnaît déjà ce souffle prophétique. Il écrit à ses parents en mettant comme entête : Dieu avec nous !

Après leur avoir dit que le tentateur séducteur et ses acolytes ne le quittent toujours pas une seconde, il ajoute qu'avec l'aide de Dieu ils sont vaincus. . . . .

Il transmet aux siens des recommandations d'ordre religieux relativement au Sabbat, aux rites alimentaires, etc.

Il leur recommande d'avertir le Consistoire israélite.

Il écrit au directeur de l'asile pour l'aviser de ses visions.

« L'éternel notre Dieu bien-aimé m'a parlé dans une vision...
« la sainte Vierge m'est apparue accompagnée des saints...
« Jésus-Christ aussi avec d'innombrables esprits célestes. »

Il l'avertit finalement qu'il faut faire cesser les blasphèmes et invoque à l'appui l'apparition de Tilly-sur-Seulles.

Dans une autre lettre il dit : « Les démons sont contre moi « comme ils sont contre Dieu, le ciel et la terre. Dieu tolère « cela comme une épreuve... cette lettre est d'une impor- « tance extraordinaire. »

« Les démons prennent toutes les formes, physionomies, « tailles ; tantôt ils apparaissent en hommes, tantôt en femmes « ou enfants. Les mêmes prennent la physionomie de nos « coreligionnaires comme de toute autre race. Il est trop long « de vous donner tous les détails de leur malice et maléfice « qu'ils emploient pour la tentation.

« *Je ne vous ai jamais rien dit du sens contraire qui est* « *mon plus grand bonheur.*

« L'Éternel, notre Dieu bien-aimé, m'a parlé de vive voix « dans une vision (je me suis trouvé couché dans le lit de « ma mère, dans ma maison, à sa place ordinaire). La Vierge « m'a paru sur le matelas où je couche ordinairement en vision « dans une pièce dressée dessous et plusieurs autres fois.

« Le πωε Messie, m'a apparu éjalement plusieurs fois, « quantité d'esprits bien-aimés du ciel m'apparaissent jour- « nellament surtout le soir en vision et princip*alle*ment de mes « coreligionnaires. Il est de votre devoir de venir immédiate- « ment à Paris me chercher et me faire entrer dans la maison « paternelle. Je vous prie de conserver à tout prix le lit de « ma mère dans lequel mon Dieu bien-aimé m'a parlé. Je vous « le répète encore une fois, je n'ai aucune folie.

« Je ne peux parler à personne de ce qu'il s'agit, je vous « parle par correspondance, verbalement je n'aurai aucune « chance à ce que vous m'écoutez, à cause des tentateurs et « de l'esprit du mal qui me poursuit, qui ont une habileté « malicieuse extraordinaire de tourner tout en ridicule et de « me charger d'imputations odieuses, mais mensongères... Je « pense que vous comprenez d'un côté ma triste, d'un autre « côté mon heureuse situation qui est mon plus grand bonheur « ma plus grande joie et mon plus grand plaisir d'avoir la « consolation de Dieu bien-aimé et des autres apparitions bien- « faisantes. »

Le malade est de taille moyenne, bien pris, de physionomie

intelligente. La santé générale paraît bonne, il porte des cheveux longs et une barbe fine frisée de Christ. Son profil n'a rien de caractéristique du judaïsme, son œil brillant et un peu fixe avec ses gestes bénisseurs lui donnent lorsqu'on parle avec lui une expression particulière en rapport avec la conviction qu'il a d'être en relation avec le ciel, et mis à l'épreuve, moralement crucifié, pour le rachat du monde et la rédemption finale, triomphante de la tentation. Il est âgé de 32 ans (21 février 1862), célibataire, comptable, interné depuis juillet 1894.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de vieillesse à 82 ans. Sa mère vit, bien portante (bien qu'il la croie morte), âgée de 65 ans. Un frère est mort à 9 ans de fluxion de poitrine; un autre mort-né (ce serait l'aîné), une sœur serait morte vers l'âge de 2 ou 3 ans (pas de renseignements sur la cause du décès). Originaire d'Alsace-Lorraine (Obersbronn), il est à Paris depuis 1878.

Antécédents personnels. — Placé dans un grand magasin (Ville de Saint-Denis), peu après son arrivée, en qualité de caissier-comptable, était dès cette époque très réservé, un peu sauvage même, si l'on en juge par ce fait qu'il était regardé de ses collègues et autres employés comme *cachotier*, *hypocrite* et *mouchard*. Cependant à cette époque pas plus que dans la phase antérieure de son existence, il n'y a lieu de noter une religiosité plus grande que chez la plupart de ses coreligionnaires ; il avoue lui-même qu'à cette époque il mangeait comme tout le monde, n'allait pas à la synagogue et voyait des femmes quelquefois. C'est d'ailleurs ce qu'il appelle la période du péché, qu'il a depuis expiée par une période rédemptrice de pureté à la suite de laquelle les visions lui ont annoncé le pardon. Dès 1878 donc, caractère original peu sociable et tendances à l'isolement. Ces tendances furent encore exagérées à la suite de malversations au magasin, qui entraînèrent l'arrestation et la mise à la porte de divers employés qui avaient tenté de le pousser à commettre comme eux des détournements; soup-

çonné et interrogé, il témoigna contre eux et fut maintenu, mais mal vu dès lors et de ses collègues et de ses patrons. La mise à pied n'était dès ce moment avec son caractère ombrageux qu'une question de temps. En 1888 en effet, il fut remercié à tort certainement, puisqu'il fut tellement frappé de ce chef, qu'il se crut déshonoré et soupçonné rétrospectivement de la malhonnêteté dont il avait été reconnu innocent.

Dans son désespoir, il pensa désormais ne plus pouvoir trouver d'emploi ou se réhabiliter, étant condamné par ses collègues et ses supérieurs; aussi se tira-t-il un coup de revolver à la tempe gauche (cicatrice cutanée un peu au-dessus de l'articulation temporo-maxillaire, cachée par la barbe). Il ne fut que très légèrement blessé et guérit au bout de huit jours de traitement à Lariboisière.

Alors commencent des pérégrinations sans fin de bureau de placement en bureau de placement, ses ressources furent vite épuisées, malgré des privations et des dépenses fort restreintes.

Il en vint à n'avoir plus de domicile; dès cette époque il paraît être tombé dans un état maladif très accentué, caractérisé par des illusions et des interprétations délirantes multiples; d'une part les gens qu'il avait connus lui en voulaient, le poursuivaient de leurs dénigrements, le méprisaient, les amis le repoussaient, son père l'avait maudit en mourant. Tous les siens, parents, coreligionnaires, compatriotes, avaient signé des papiers contre lui; c'est ainsi qu'on l'empêchait de trouver un emploi. Mais dès lors un courant plus consolant paraît s'être établi, d'illustres inconnus lui voulaient du bien, il s'imaginait être protégé par Rothschild, la duchesse d'Uzès, le Grand Rabbin, M. de Mun, un M. Kuisburg, etc.

« Il y a bien 7 ans, au mois de mars à la fin de l'hiver, « j'avais demandé une place à M. Kuisburg, rue de Cléry, « partout où j'allais on me disait que M. Kuisburg tenait une « bonne place à ma disposition; on disait de même du Grand « Rabbin. Quand j'allais les trouver, ils me répondaient ne pas « savoir de quoi je voulais parler. A cette époque j'étais très « malheureux, vivant misérablement et au jour le jour depuis

« trois mois, je ne voyais plus personne, Rothschild et la du-
« chesse d'Uzès me poursuivaient de leurs moqueries, disant
« qu'ils allaient me placer, me marier, puis se moquant et m'in-
« sultant. On me disait que mon père et ma mère étaient morts
« en me maudissant. On m'a fait un jour entendre que M. de
« Mun m'attendait à Saint-Germain-l'Auxerrois, j'y suis allé et
« l'ai trouvé (?) mais il ne savait rien ! »

Dès cette époque il paraît avoir eu des hallucinations caractérisées de l'ouïe.

« Il y en a deux qui ne quittent pas mes oreilles (dit-il des
« esprits malveillants qui le poursuivaient), l'un à droite, l'autre
« à gauche, je ne les ai jamais vus ; depuis un certain temps,
« j'entends plus rarement celui de droite, mais toujours celui
« de gauche (c'est le côté où il s'est blessé en tentant de se
« suicider). »

Cependant à la longue, il a entrevu quelques-uns des autres esprits malveillants, ce sont comme des ombres transparentes qu'il a aperçues deux ou trois fois en les entendant. Mais depuis 1892, il a vu des apparitions bien différentes et d'un tout autre caractère. C'est en mars 92 que ça lui est arrivé pour la première fois. C'était chez lui, il était couché sans lumière lorsqu'il vit s'allumer un lustre au plafond, au-dessus d'une table servie, et son père de face le regardant, cela n'a duré que quelques secondes. Puis une voisine lui a parlé sans qu'il la vît, elle disait que les représentants de trois religions allaient venir (prêtres, rabbins, pasteurs). Il se figurait entendre dans la cour tous les jeunes gens du pays, réunis et armés de lances, comme dans certains tableaux bibliques. Il était venu de Paris à pied dans son pays, et avait probablement supporté de nouvelles fatigues et privations en route. Ses persécuteurs avaient dû le harceler plus que d'habitude puisqu'il avait pris le parti de fuir Paris ; cette vision consolante de son père après tant d'épreuves arrive au moment le plus critique, elle ne met cependant pas fin à ses souffrances. Il faut croire en effet que les mauvais esprits excitaient sa mère et la tournaient contre lui, car après l'avoir tout d'abord bien accueilli, elle ne voulut

bientôt plus écouter ses confidences extraordinaires et s'irrita en le contredisant sans plus vouloir l'entendre. Il dut donc renoncer à la convaincre et vit bien qu'il n'avait pu échapper à ses ennemis ; depuis quelque temps déjà il avait la certitude que ces esprits malveillants étaient des démons conduits par Satan lui-même. Au pays, ils lui donnèrent une vision terrifiante qui le décida à repartir pour reprendre sa fuite vagabonde. Il vit *étant couché* dans l'obscurité, à l'autre bout de la pièce cinq ou six jeunes gens en noir, munis du grand couteau des sacrificateurs : au moment où ils s'apprêtaient à l'immoler en lui coupant le cou, il se transforma en esprit et leur échappa. Parti le lendemain de ce pays inhospitalier, il marcha sans ressources le long des routes, jeûnant et brisé de fatigue ; on le poursuivait en pleine campagne déserte, de promesses de mariage comme autrefois la duchesse d'Uzès, on lui énumérait ses fiancées, on les lui faisait même passer devant les yeux en détaillant leurs beautés : mais aussitôt après elles disparaissaient et on lui disait que des gens couchaient avec elles, qu'on les violait, les sodomisait, les brûlait, les coupait en morceaux, etc. En même temps on lui donnait des idées de coucher avec sa mère, on cherchait à le pousser à des viols d'enfants, à tout ce qui est mal, à tout ce qui s'est passé avant le déluge à Sodome et Gomorrhe.

C'est au point qu'il a voulu se détruire et s'est précipité dans le premier ruisseau qu'il a rencontré sur sa route ; mais le fond d'eau s'est trouvé insuffisant et il en a été quitte pour un bain ; une fois sorti de l'eau il a eu une vision consolante d'une grande belle femme, dans la nue, qui lui a *parlé en soufflant* sans qu'il sentît rien à l'oreille. Cette vision mit fin aux tentations ; reprenant sa route, il vit, le suivant, l'ombre de son père au ciel, marchant comme lui, s'arrêtant de même, « il jouait, comme de son vivant, avec la chaîne de sa montre ».

Parallèlement suivait un homme de son pays avec sa fille, celui même qui à la mort du père en avait recueilli les dernières paroles. Ce deuxième personnage crachait sur le malade, mais sans l'atteindre ; c'est ce M. M. qui était chargé de veiller

sur sa mère, le malade ne le pense pas du camp des démons, mais parmi les bons esprits il y en avait encore de mal disposés à son égard. La vision ayant disparu, le malade réfléchit et comprit que la malédiction de son père était retirée et ses péchés antérieurs pardonnés.

En arrivant à Paris, épuisé, souffrant de coliques, il obtint son admission à l'hôpital Rothschild. Là, hallucinations : des esprits lui disaient qu'on voulait l'empoisonner ; aujourd'hui il n'en croit rien ; ils cherchaient selon lui à lui donner du *déliré,* mais ils n'ont pas réussi. Ils le poussaient à des attentats meurtriers, lui disaient de tirer sur le grand Rabbin, sur Rothschild. On lui disait que les guerres de religion s'allumaient, que les chrétiens marchaient contre les juifs. On l'a même fait aller jusque sur le boulevard Magenta où, disait-on, il y avait, une délégation de ses coreligionnaires et des catholiques, mais il n'y avait rien. On a eu beau chercher à l'influencer, il n'a jamais pensé sérieusement à immoler personne.

On cherchait cependant à lui faire croire que c'était une belle et bonne action que de tuer quelqu'un. Un jour, rue Saint-Antoine, hanté par ces idées, il dut paraître suspect à des agents qui l'arrêtèrent et le fouillèrent, puis le remirent en liberté. En sortant de Rothschild, le *déliré* paraît avoir été des plus actifs ; on répétait, on annonçait et imitait ses moindres actions (écho de la pensée et hallucinations écho), on lui rappelait tout son passé (délire palnignostie). Il voyait dans les gens qu'il rencontrait le grand Rabbin et sa suite qui auraient pris des physionomies de gens terrestres divers (interprétations délirantes et illusions), on lui parlait constamment aux oreilles sans qu'il voie les démons et tentateurs autrement que dans les personnes quelconques que l'on rencontre. Cependant il a cru deux ou trois fois entrevoir comme des ombres transparentes passer près de lui, c'étaient des démons probablement. Il a vu en revanche et voit encore assez souvent la figure radieuse de la sainte Vierge qui sans jamais lui parler, lui fait comprendre par son attitude et son expression qu'il est dans le droit chemin,

qu'on est content de lui et qu'il n'a qu'à continuer à lutter ; avec son soutien il triomphe. Ces visions sont d'ailleurs très courtes et il les a surtout étant couché et les yeux fermés, avant de les voir il tombe généralement dans une sorte d'extase, une suspension des sens.

Il est curieux de noter cette opposition de caractère et cette exclusion des hallucinations d'une sphère à l'autre, l'hallucination de l'ouïe ne répondant pas à la vision d'un personnage, et la vision ne répondant pas à un éréthisme concomitant de de la sphère auditive,

Il est également curieux que ce soit la Vierge qui apparaisse à un Israélite dont la religion exclut sa divinité.

Il est probable que les préoccupations génitales antérieures ne sont pas étrangères au sexe de l'apparition. Ces visions radieuses immobiles et muettes sont totalement différentes des hallucinations des intoxiqués.

Elles sont ici en quelque sorte exclusives des hallucinations auditives avec lesquelles elles alternent ; on ne peut voir les ennemis qui se font entendre, et jamais les visions n'ont *articulé* une parole. Elles s'expriment d'une façon mystérieuse, par le souffle, dit le malade, qui ne trouve aucun rapport entre cette expression et la parole vocale, c'est la voix psychique de Baillarger que M. Séglas a montrée réductible dans la plupart des cas à un phénomène psycho-moteur.

Il semble y avoir irradiation et alternance entre les deux éréthismes, visuel et psychique ou psycho-moteur d'une part, et auditif de l'autre.

MM. BONNET et MARIE. — **Fait clinique pour servir à l'étude anatomo-pathologique des hallucinations.**

Les images mnémoniques ou souvenirs sont enregistrées dans nos centres nerveux, du côté opposé à celui de l'excitation périphérique qui les a produits.

La réviviscence hallucinatoire de ces images entraîne l'extériorisation, l'objectivation de la cause extérieure supposée par le malade, du côté opposé, par un renversement identiquement inverse.

Il y aurait là comme un phénomène comparable à la déviation conjuguée de la tête et des yeux dans le cas de lésion irritative corticale du côté opposé au sens de la déviation. Ce qui pour nous complète l'analogie est que l'éréthisme hallucinatoire, de même que la lésion irritative corticale de l'apoplexie à laquelle nous le comparons, pourrait aboutir à la rupture finale des vaisseaux correspondants, avec vraie déviation consécutive et paralytique de sens opposé.

C'est du moins ce que nous avons vu se produire dans un cas ; nombre d'observations de démence vésanique due à une psychose systématisée progressive ancienne aboutissent finalement à des lésions cérébrales en foyer ; une observation suivie et minutieuse des phénomènes hallucinatoires les plus constants rapprochée des données fournies par l'autopsie permettrait peut-être d'établir enfin le substratum anatomo-chimique indispensable à la physiologie pathologique de ces psychoses hallucinatoires.

Un de nos malades mort d'ictus avec hémiplégie gauche avait toujours été soupçonneux de son vivant ; il en voulait aux prêtres depuis « l'âge de raison » parce qu'à sa première communion, ils avaient trahi le secret d'un vol qu'il avait avoué avoir fait à son patron comme apprenti. Très religieux malgré cela, il se « confessait directement à Dieu » ; il s'aperçut plus tard en disant son chapelet que des esprits lui volaient ses prières et les répétaient en même temps que lui « sur sa gauche » (dédoublement apparent, objectif) « citaient les voleurs de bâtards ».

Grâce à un redoublement de piété, il a vu Dieu sortir du cadre d'un tableau de la chapelle gauche de l'église ; (il a compris depuis que c'était son propre portrait) ; dès lors il a découvert ce que c'était que le firmament et a contemplé « la lumière de lumière », etc.

Il dictait alors des sentences, s'inspirait pour cela d'un vieux missel qu'il appelait le livre de saint Hubert, « il contenait de bonnes et de mauvaises choses, ça dépend du côté... » les feuillets de gauche étaient seuls bons (pas d'hémiopie appréciable au campimètre) ; il dialoguait en outre avec les « gars de gauche » devenus bienveillants ; il les interrogeait volontiers et leur demandait conseil sur les réponses à nous faire. Il les prononçait bas d'abord, et nous les répétait ensuite. Il semblait s'adresser à des êtres imaginaires orientant la direction de l'oreille et des yeux vers l'angle supérieur gauche du plafond (hémiparésie correspondante légère sans anesthésie, dans les derniers temps).

L'hémiplégie gauche faciale par foyer dans l'hémisphère droit, montre qu'il y avait une lésion du côté opposé à la latéralisation objective des phénomènes hallucinatoires, lésion consistant vraisemblablement en un éréthisme, une tension vasculaire persistante aboutissant par cela même à la rupture des vaisseaux qui en étaient le siège.

Un malade de M. P. Garnier, frappé d'ictus avec aphasie incomplète, ne voyait dans ces phénomènes qu'une exacerbation des tourments que lui infligaient ses persécuteurs (*Arch. générales* de Méd. 1889, t. I, p. 320). Il semblait ainsi indiquer lui-même sa lésion en foyer comme étant le summum d'un trouble préexistant analogue comme localisation, mais moins accentué ; « son aphasie n'avait rien détruit de la situation mentale antécédente ; on peut dire qu'elle était venue prêter des aliments nouveaux au délire et le fortifier. Dans la mesure où il pouvait se rendre compte de la perturbation apportée dans les divers modes dont se compose le langage, Eug. B. était persuadé qu'un tel trouble était le résultat de manœuvres exercées sur lui par des hommes de la science et il est vraisemblable que sa conviction s'appuyait sur des phénomènes analogues à ceux qu'il avait présentés autrefois. »

La contre-partie existe d'ailleurs, et on a signalé des cas où la survenance d'une lésion localisée unilatérale assez étendue, avait eu une influence curative sur les phénomènes hallucina-

toires et les accidents délirants. (Observations de Lwoff, thèse, Paris, 1891. Obs. IV, p. 103.)

Un malade persécuté de M. Marandon de Montyel, atteint de graphomanie, fut atteint à la période de démence d'une hémiplégie droite avec agraphie (A. M. P. 77. XVIII. 364).

Une malade de Féré, atteinte de déviation, conjuguée par contraction spasmodique des muscles de l'œil, de la tête et du cou, présente à chaque accès de contracture, une hallucination correspondante, latéralisée et orientée dans le sens de la déviation conjuguée ; elle est unilatérale en ce sens bien que perçue par les deux yeux (Soc. de biologie, 14 mars 96). Il paraît y avoir là une analogie frappante avec la déviation conjuguée des yeux des apoplectiques.

Les délirants chroniques objectivant leurs visions du côté correspondant à l'hémisphère dont le fonctionnement est perverti, peut-être arrivera-t-on par le progrès de l'anatomie pathologique à déterminer et à localiser les lésions de ces vésanies.

Cette latéralisation des visions qui correspond en général à une orientation analogue des hallucinations auditives indiquerait peut-être le siège de la lésion cérébrale coexistante.

Il est en effet à remarquer qu'il semble y avoir une correspondance entre l'orientation des visions et le côté où s'entendent les voix.

Les malades qui entendent parler d'un certain côté, voient généralement les personnages dans la même direction ; dans les cas d'hallucinations de l'ouïe unilatérales, les visions sont aussi objectivées du même côté.

Le phénomène est encore plus typique dans les cas où l'hallucination unilatérale de l'ouïe est combinée à une hallucination hémiopique correspondante, telle l'observation de Peterson (*New-York Medical Journal*, 30 août 1890).

On est donc en droit de voir dans la lésion terminale des centres psycho-sensoriels, l'aboutissant d'un processus antérieur d'éréthisme, se traduisant tout d'abord par des hallucinations déterminées comme orientation.

Un examen plus minutieux des délirants chroniques, et l'étude précise de leurs hallucinations presque toujours stéréotypées et orientées suivant une aire de plan tantôt horizontale, tantôt verticale pourrait fournir, avec le temps, la clef de l'anatomie pathologique de ces psychoses hallucinatoires chroniques.

Ce ne serait là qu'une application logique de la méthode anatomo-clinique, à l'étude des lésions en foyer de la démence vésanique finale « Le diagnostic régional des affections encéphaliques n'est-il pas, comme a dit Charcot, l'idéal vers lequel doivent tendre tous les efforts du clinicien ? »

M. Pierre Parisot (de Nancy) rapporte un cas observé dans son service hospitalier d'*épilepsie motrice et sensorielle* (hallucinations de l'ouïe et de la vue) *produite par une tumeur cérébrale.*

Il s'agit d'un homme de 69 ans, chez lequel n'existait ni tare nerveuse, ni alcoolisme. Il présenta des crises épileptiformes limitées au côté gauche du corps qui plus tard se généralisèrent. A la suite de ces convulsions, le côté gauche restait parésié pendant quelques jours et le malade avait des hallucinations de la vue et de l'*ouïe* sans caractère d'unilatéralité. Il voyait danser autour de lui, apercevait de l'eau sur le sol, etc., il entendait parler des personnes mortes depuis longtemps et leur répondait, à l'hospice il percevait la voix de sa femme, lui adressant des reproches, ou bien c'était son fils qui lui causait et avec lequel il s'entretenait. Ces hallucinations disparaissaient peu à peu, mais persistaient souvent pendant trois, quatre et cinq jours après les crises convulsives; l'intelligence était normale entre les accès. Les crises convulsives ont été plusieurs fois remplacées par des crises hallucinatoires de la vue et de l'ouïe qui duraient seulement quelques heures. Dans les derniers jours de son existence, le malade tomba dans un état d'hébétude qui alla s'accentuant, et il succomba à une pneumonie.

A l'autopsie on trouva la tumeur diagnostiquée, et M. Pierre

Parisot fait passer sous les yeux des membres du Congrès le cerveau de cet homme. Une tumeur grosse comme une noix, adhérente à la dure-mère, siège dans la région orbitaire du lobe frontal droit; les centres corticaux moteurs et sensoriels n'offrent aucune altération appréciable à l'œil nu. Une excitation produite à distance par la tumeur sur ces centres permet d'expliquer la production des crises d'épilepsie motrice et sensorielle (hallucinations de l'*ouïe* et de la vue) observées pendant la vie.

W. Serbski. — Si j'ai la hardiesse de prendre la parole, c'est pour fixer l'attention sur une théorie des hallucinations et particulièrement des hallucinations psychiques, qui est peu connue en France et qui appartient à un médecin russe, M. Kandinski. Nous, aliénistes de tous les pays, oublions presque toujours, que l'écorce représente seulement une petite partie du cerveau. Celui-ci contient encore les centres de la substance grise, les centres sous-corticaux. Selon l'opinion de Ph. Meynert, la perception réelle est toujours fondée sur la participation de ces centres sous-corticaux. Si ces centres ne prennent pas leur part dans l'excitation cérébrale, nous aurons, non pas une perception réelle, mais seulement une représentation, sans aucune trace de la réalité. Ph. Meynert a créé sa théorie des hallucinations. Comme les perceptions normales, les hallucinations ont toujours le caractère de réalité : le malade voit, entend, etc., aussi réellement, que nous voyons, entendons, etc., les objets réels. Par suite, dans les hallucinations vraies, non seulement l'écorce, mais aussi les centres sous-corticaux doivent prendre toujours une part. M. Kandinski a développé la théorie de Meynert plus loin. Les hallucinations psychiques — les pseudo-hallucinations, ou les hallucinations motrices, comme M. Seglas les appelle, n'ont pas le caractère réel. Le malade ne voit pas, comme un homme normal, il voit seulement mentalement ; il n'entend pas le son extérieur, mais il entend le langage interne. Par suite, les centres sous-corticaux ne prennent nulle part dans la production des hallucinations psychiques,

c'est l'écorce seule qui les produit. Ainsi, pour les hallucinations vraies, l'écorce et les centres sous-corticaux, et l'écorce seule, pour les hallucinations psychiques.

M. Paul Garnier. — En entendant M. Régis, j'ai compris mieux que jamais la nécessité de s'entendre, au préalable, sur la véritable valeur des mots, et je ne pouvais m'empêcher de penser que la plupart des phénomènes que notre collègue décrivait comme autant de caractères d'une hallucination appartiennent, en réalité, à l'illusion.

Voici un malade qui a des bruits dans les oreilles et ne peut entendre une musique militaire, par exemple, sans que son oreille soit désagréablement affectée, que les bruits s'accroissent et se transforment. Est-ce là une hallucination vraie ? Il me semble difficile de l'admettre.

C'est une illusion subjective, rien de plus. En effet, il y a là, à l'origine du phénomène, une sensation réelle ; l'oreille, influencée pathologiquement, *entend ;* d'abord bourdonnante, chantante ensuite, elle finit par devenir *bavarde*, passez-moi le mot... Des voix sont entendues, mais elles sont nées de bruits transformés et ce point de départ sensoriel me suffit pour dire que la perception n'étant pas sans objet, il ne peut y avoir hallucination au point de vue clinique ; cette différenciation entre l'illusion et l'hallucination est de la plus haute importance. L'existence ou l'absence d'hallucination est un des plus précieux éléments de diagnostic.

Nous savons tous que le persécuté-persécuteur en reste presque toujours à des illusions et des interprétations délirantes, tandis que le malade atteint de délire chronique ou psychose systématique progressive a nécessairement des hallucinations de l'ouïe. Je crois que nous devons considérer comme réel le phénomène dénommé : illusion, et je répéterai à ce propos la définition de Lasègue : L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie.

M. Vallon dit que l'observation de M. Régis, dans laquelle

il est question d'une personne se rappelant les airs entendus jadis, doit être considérée comme un cas d'illusion sensorielle plutôt que d'hallucination.

M. Régis. — M. Garnier semble croire que je suis partisan de la théorie sensorielle de l'hallucination, c'est-à-dire que j'attribue à l'organe du sens le rôle prépondérant dans sa production. Il n'en est rien. Je fais assurément une part à cet organe, dont on paraît vouloir nier complètement aujourd'hui l'intervention, mais une part complémentaire, accessoire, et j'ai bien spécifié que la condition première de l'hallucination était pour moi, comme pour M. Séglas, l'excitation morbide du centre cortical.

M. Garnier et M. Vallon considèrent l'un et l'autre le fait que je viens de rapporter comme un fait non d'hallucination, mais d'illusion. Bien que j'aie déjà répondu par avance à cette objection, dans mes travaux de 1881 et 1882, je ne crois pas inutile de l'examiner à nouveau, elle en vaut la peine.

Et d'abord, existe-t-il séparément des illusions sensorielles et des hallucinations ? Je veux dire, est-ce que la distinction que nous établissons entre ces deux phénomènes est vraiment légitime, n'est-elle pas plutôt arbitraire et artificielle ? Il faudrait commencer par s'entendre sur ce point. Oui, je sais, il y a les définitions courantes : « L'illusion est la fausse interprétation d'une sensation perçue, tandis que l'hallucination est une perception sans objet ». Il y a aussi la jolie phrase de Lasègue de l'*illusion-médisance* et de l'*hallucination-calomnie*. Mais, ce ne sont là que des mots et rien jusqu'ici n'a démontré que ce que nous appelons hallucination et illusion constitue des phénomènes essentiellement différents.

Mais j'admets qu'il en soit ainsi, ou tout au moins qu'il soit utile de maintenir en clinique la séparation actuelle des illusions sensorielles et des hallucinations. Il me sera facile de prouver que les faits que je présente sont des faits d'hallucination et non d'illusion.

Sur quoi repose la distinction des hallucinations et des illusions ?

Elle est basée, on le sait, sur ce fait que dans l'illusion il y a une impression extérieure actuelle qui n'existe pas dans l'hallucination.

Or, dans les cas d'hallucinations unilatérales que j'ai rapportés, il n'existait aucune impression extérieure. Si les malades avaient entendu, par exemple, un son de cloche et que cette sensation réelle, pathologiquement transformée par leur cerveau, se fût définitivement résolue en perception de voix articulée dans une oreille, c'eût été là, à n'en pas douter, une illusion auditive unilatérale. Mais les malades entendaient des voix sans qu'aucun bruit frappât à ce moment leur oreille : il s'agissait donc d'hallucinations.

Mais, me dira-t-on, l'impression sensorielle n'a pas besoin d'être extérieure pour qu'il y ait illusion. Il suffit que cette impression sensorielle existe, intérieure ou extérieure, et puisque les sujets dont il s'agit ont tous une lésion auriculaire, il est facile de comprendre comment cette lésion joue le rôle d'épine et comment la sensation subjective qu'elle occasionne, tenant lieu d'impression externe, est faussement interprétée par le cerveau, d'où illusion.

Cette théorie pourrait mener loin.

Sans insister, en effet, sur la différence radicale qui existe, au point de vue sensoriel entre un son extérieur différencié comme celui d'une cloche et ce phénomène d'excitation inconnu que nous supposons être produit par une lésion auriculaire quelconque, c'est-à-dire entre une sensation objective vraie et une sensation subjective pathologique, je ferai remarquer que cette manière de voir ne supprime pas la difficulté, elle ne fait que l'augmenter, la reculer.

Si vous n'admettez pas, avec tout le monde, que le caractère d'extériorité ou d'intériorité par rapport à la périphérie de l'organe sensoriel est l'élément naturel de division entre l'illusion et l'hallucination, c'est-à-dire que le point de départ de l'illusion se concentre dans le domaine des impressions *extra-sensorielles*, des sensations *objectives ;* si vous croyez que les excitations *intra-sensorielles* ou *subjectives* provoquent aussi des

illusions et non des hallucinations, je vous demanderai alors à quel niveau exact du trajet de l'appareil du sens vous fixez la limite qui sépare les lésions productrices des illusions de celles des hallucinations.

Est-ce, pour ce qui concerne l'ouïe, l'oreille externe ? Est-ce l'oreille moyenne ? Est-ce l'oreille interne ? Mais les lésions qui accompagnent les hallucinations unilatérales peuvent siéger indifféremment dans l'une ou l'autre de ces régions. Sont-ce les fibres de conduction ? Est-ce le centre cortical lui-même ? Fixer la limite dans un point quelconque serait, on en conviendra, du pur arbitraire.

Ne pas la fixer serait pire encore, car nous serions ainsi amenés à admettre que toute perception morbide née d'une stimulation de l'appareil sensoriel, quels qu'en soient l'origine et le siège, normale ou anormale, externe ou interne, depuis sa partie la plus périphérique jusqu'à son centre cortical est une illusion. Cela reviendrait, en fin de compte, à dire qu'il n'y a pas d'hallucination et que tout est illusion.

Est-ce là ce que prétendent M. Garnier et M. Vallon ?

Gardons donc, je le veux bien, la distinction conventionnelle entre l'illusion et l'hallucination, mais gardons-la avec ses vrais caractères et disons que toute perception sensorielle morbide qui n'a pas son point de départ dans une impression externe, objective, est une hallucination.

A ce titre, mon observation d'aujourd'hui, comme les précédentes, est donc bien un exemple d'hallucinations unilatérales de l'ouïe.

Je devrais, pour terminer, examiner également l'objection de M. Soury, qui serait presque aussi celle de M. Séglas, à savoir que l'hallucination unilatérale n'est pas vraiment unilatérale, qu'elle consiste uniquement dans la localisation inconsciente et erronée, par le malade, de l'hallucination dans un seul côté. Mais c'est là un point délicat, difficile à résoudre. Je me contenterai donc de dire que si les malades se trompent en localisant leurs sensations morbides dans une seule oreille ils peuvent aussi bien se tromper quand ils les localisent dans les deux.

D'ailleurs, erronée ou non, cette localisation n'en existe pas moins et c'est à elle que revient le nom d'hallucination unilatérale pour la distinguer, en clinique, des cas habituels où la localisation se fait des deux côtés.

M. J. Séglas. — Il est plusieurs points qui me semblent ressortir de la discussion précédente. D'abord il serait bon de s'entendre une bonne fois sur la signification que l'on attribue aux termes : illusion et hallucination. Grâce à la confusion des mots, ce qui est illusion pour les uns, est hallucination pour les autres : et par exemple, tandis que les premiers rejettent délibérément du cadre de l'hallucination tous les faits de perception pathologique ayant un point de départ périphérique quel qu'il soit, les autres ne croient à une illusion que si ce point de départ est objectif.

Pour ma part, je ne vois pas d'inconvénient à admettre à côté d'illusions objectives et subjectives l'existence d'hallucinations d'origine périphérique objective et subjective. Sans doute ce sont là des distinctions très difficiles à établir, car tous ces phénomènes ne sont au fond que des variétés de perceptions pathologiques. On peut remarquer néanmoins que dans l'hallucination périphérique, contrairement à ce qui se passe dans les faits couramment dénommés illusions, le bruit réel qui provoque l'hallucination est perçu d'abord à part, très correctement, et ne se relie à l'hallucination qu'en se juxtaposant, sans se confondre avec elle. Cette distinction pourra ainsi rassurer les partisans de la théorie centrale exclusive de l'hallucination, sur la part qui, dans les hallucinations périphériques proprement dites, revient aux impressions sensorielles. Elle montre en effet que leur rôle est surtout celui d'agent provocateur plutôt que de condition pathogénique.

Le terme d'hallucinations périphériques me paraît ainsi très acceptable, puisqu'il peut servir à distinguer à l'occasion des faits un peu différents de ceux habituellement dénommés illusions. Leur appliquer, ainsi qu'on vient de le proposer, le qua-

lificatif de fausses hallucinations ou pseudo-hallucinations serait encore augmenter la confusion.

En effet, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon rapport, le mot pseudo-hallucinations a déjà au moins trois acceptions différentes. Tantôt il désigne des faits qui n'ont de l'hallucination que l'apparence (Hagen), tantôt des représentations mentales vives, stables, précises, mais manquant du caractère d'extériorité décrites à part (Kandinsky) ou confondues par certains auteurs (Michéa, Baillarger), sous le même vocable avec les faits que j'ai distingués moi-même sous le nom d'hallucinations verbales motrices.

En ce qui concerne la théorie générale de l'hallucination, il me semble que la théorie de Tamburini, si elle est insuffisante, peut cependant être conservée dans ses grandes lignes, comme base de recherches qui devront à la fois la préciser et la compléter.

L'intervention, dans l'hallucination des divers sens, du centre cortical correspondant, est évidemment une condition pathogénique nécessaire de l'hallucination ; mais, comme je le disais dans mon rapport, elle n'est pas la condition *nécessaire* et *suffisante*.

La formule qui fait de l'hallucination une « épilepsie des centres sensoriels » ne peut être prise à la lettre. Cela ne peut être admissible que pour les formes les plus élémentaires. Mais dans les formes plus élevées, est-il permis de comparer des mouvements convulsifs comme ceux de l'épilepsie aux images complexes, précises et intelligentes des hallucinations?

Il importe tout d'abord de ne pas perdre de vue les rapports respectifs qui unissent entre eux les différents centres sensoriels. Il ne faut pas demander au centre auditif seul plus qu'il ne peut donner, c'est-à-dire des perceptions brutes ou des hallucinations élémentaires de sons avec leur timbre, leur hauteur, leur intensité. Mais c'est tout. Et dès qu'il s'agit de la perception ou de l'hallucination d'un son différencié, cela suppose l'association d'autres images constituant l'idée de l'objet ainsi déterminé, et par suite, l'intervention non seulement du centre

auditif, mais d'une série d'autres centres. De même, la perception ou l'hallucination verbale auditive supposent encore l'intervention d'autres centres spéciaux. C'est en m'appuyant sur ces considérations que j'avais pu dans mes premiers mémoires sur les hallucinations et dans mes leçons cliniques, établir la distinction et le mécanisme des hallucinations élémentaires ou différenciées, communes et verbales. C'est avec plaisir que j'ai entendu aujourd'hui notre éminent collègue, M. Ballet, soutenir une thèse analogue. J'ajouterai qu'il est certains faits qui sont comme la preuve naturelle, la justification de cette manière de voir. Ce sont ceux que j'ai étudiés autrefois sous le nom de « Combinaisons hallucinatoires » et que j'ai rappelés dans mon rapport. J'ajouterai que cette notion de la complexité de l'image hallucinatoire et de l'association de ses divers attributs est d'autant plus importante à connaître qu'aujourd'hui elle est devenue pour certains auteurs le véritable *criterium de son objectivité*.

Mais l'étude des conditions pathogéniques ne peut pas et ne doit pas s'arrêter là. Et si nous ne pouvons plus ici nous appuyer sur les données de la physiologie cérébrale, ce n'est pas une raison pour négliger de déterminer, autant que possible, le rôle des facteurs aussi importants que les facteurs psychologiques : l'association des idées, le contraste psychique, l'automatisme, l'attention, la croyance, etc... Et la part considérable qui leur revient dans la pathogénie de l'hallucination me paraît justifier la phrase que j'avais écrite dans mon rapport et qu'a rappelée M. Ballet « que l'hallucination ne doit pas être purement considérée comme un délire des sensations. Cela ne peut s'appliquer qu'à ses formes élémentaires; mais dans ces formes plus élevées, elle apparaît comme un phénomène psychologique très complexe et revêt toutes les allures d'un *véritable délire*, dans le sens le plus général du mot ».

Cela veut-il dire qu'il faille refuser absolument aux sens toute participation ? Nullement ; leur rôle toutefois reste secondaire. Si les excitations ou lésions périphériques peuvent à l'occasion figurer parmi les conditions pathogéniques de l'hallucination,

elles se bornent le plus souvent à n'être qu'un facteur étiologique. Il ne faut pas oublier toutefois les expériences qui semblent démontrer qu'elles peuvent jouer un rôle dans la détermination de la *forme sensorielle* sous laquelle se manifeste le travail intellectuel présidant à la genèse de l'hallucination (expérience du Shell-Hearing). D'un autre côté, l'étude du mécanisme de l'hallucination implique celle de l'*extériorisation* et de la *localisation* du phénomène. Or, à cet égard, les impressions sensorielles périphériques peuvent jouer un rôle : et si, par exemple, l'image cérébrale qui s'extériorise crée si bien l'apparence d'un objet extérieur, cela résulte quelque peu de ce que cette image est associée, accompagnée ou soutenue par des impressions des sens qui lui communiquent leur propriétés. Ce sont aussi ces impressions des sens qui viennent contribuer souvent à la localisation de l'hallucination, à titre de *point de repère*. Les hallucinations dites unilatérales, par exemple, s'accompagnent fréquemment de sensations subjectives, de lésions auriculaires. Or, si on laisse de côté les formes élémentaires pour ne considérer que les formes où il s'agit d'hallucinations différenciées nettement caractérisées, communes ou verbales, il est très vraisemblable d'admettre que le mécanisme central, psychique de ces hallucinations unilatérales est le même que celui des hallucinations bilatérales et que si l'impression périphérique a pu être quelquefois le point de départ du phénomène, elle ne constitue le plus souvent qu'un point de repère créant ainsi l'unilatéralité de l'hallucination, inexplicable dans ces cas d'hallucinations complexes par l'intervention d'une seule moitié des hémisphères cérébraux.

M. Pitres clôt le débat en soumettant au Congrès plusieurs cas d'hallucinations chez des amputés percevant leur membre absent comme toujours existant et soumis à leur volonté. Il a observé 32 amputés ; beaucoup ont une sorte de pied fantôme au bout de leur moignon pour lequel ils prennent des précautions, comme s'ils craignaient le froissement dans les foules ou la morsure par les chiens.

Cette fausse sensation tient, non à des habitudes psychiques seulement, mais aussi à certains états de cicatrice hétérotopique, car les modifications périphériques imprimées au moignon modifient l'illusion comme, par exemple, le port du pilon ou son absence. L'un d'eux avait peur pour son pied fantôme quand il entendait un chien aboyer, un autre ne sentait son pied que quand il était débarrassé de son pilon. Un autre avait la sensation que son pied était emprisonné dans une lourde chaussure, quand les courroies du pilon étaient trop serrées. Weir-Mitchell a démontré par de curieuses expériences que l'on peut faire réapparaître par l'électrisation, le pied fantôme dans l'esprit de vieux amputés qui en avaient perdu le souvenir ; l'électrisation de la cicatrice suffit souvent à faire réapparaître l'illusion.

M. Pitres a fait l'inverse et a fait disparaître le membre fantôme chez des amputés ayant l'illusion précitée, et cela à l'aide d'un procédé exactement inverse de celui de Weir-Mitchell. Il cocaïnise la cicatrice du moignon à l'extrémité duquel le malade objective un pied imaginaire ; l'injection cocaïnique sous la cicatrice, supprime subitement l'illusion et toute représentation mentale du pied fantôme devient et demeure impossible pendant toute la durée de l'influence cocaïnique.

La discussion du premier rapport étant épuisée, le Congrès décide que la séance de lundi matin sera consacrée à la lecture des communications.

La séance est levée.

DIMANCHE 2 AOUT

Visite de Maréville

Le dimanche matin 2 août, toute une théorie de breacks et de landaus, mis à la disposition des membres du Congrès, défilait sur la route de Maréville. Vers dix heures, tous les visiteurs se trouvaient réunis devant le pavillon de l'Administration où ils étaient reçus par M. Denizet, directeur de Maréville, M. le Dr Vernet, médecin en chef, M. le Dr Seeligmann et M. Ricoux, internes, celui-ci remplaçant M. le Dr Pâris, son chef de service, empêché par un deuil très récent.

Conduits par ces messieurs, les congressistes, auxquels un groupe riant et gai de dames élégantes s'était joint, ont visité successivement les quartiers des femmes et des hommes, s'intéressant aux *sujets* qui leur étaient présentés, s'étonnant à bon droit des excellentes conditions d'hygiène et de confort que l'Administration s'efforce de procurer à ses pensionnaires, et admirant l'installation de Maréville qui vaut mieux que sa réputation, et dans lequel, quoi qu'on en ait dit, l'encombrement n'existe pas.

Vers onze heures et demie, la visite était terminée, et les congressistes remontant dans les voitures étaient conduits au pensionnat Sainte-Anne, tout récemment construit et non encore terminé, où par les soins de l'administration de l'asile, un banquet somptueux avait été organisé.

Dans une grande salle, très joliment garnie de feuillages et de faisceaux de drapeaux aux couleurs russes et françaises, embellie encore par la présence d'un buste de la République placé sur une cheminée, une longue table chargée de surtouts d'argenterie, de fleurs et de fruits appétissants, où étincelaient le cristal des verres de toutes dimensions placés devant chaque

convive, offrait un coup d'œil des plus excitants et des plus pantagruéliques. Rien ne pouvait être mieux combiné pour faire s'évanouir les émotions de la visite à l'asile.

Soixante-douze invités ont pris part à ce banquet, dont le menu, préparé par le Grand-Hôtel, a été fort apprécié.

M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle, présidait cette agape scientifique. Il avait à sa droite: M. Denizet, directeur de l'asile, Mme Ritti, M. le Dr Joffroy, Mme Vernet, M. le Dr Regis; à sa gauche, M. Demonet, président de la commission de surveillance, Mme Giraud, M. le Dr Bernheim, Mme Pichenot, M. le Dr Doutrebente, etc.

Faisant face à M. le Préfet, se trouvait M. le professeur Pitres, ayant à sa droite M. Bichat, doyen de la Faculté des sciences, Mme Lamacq, MM. les Drs Vallon, Lapointe, Paul Garnier; à sa gauche, M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine, Mme Paul Garnier, M. Ritti, Mlle Rebatel, MM. Lamacq, Parant, etc.

On remarquait en outre la présence de deux médecins russes MM. Mendelssohn et Serbski, agrégés des universités de Saint-Pétersbourg et Moscou; de MM. les Drs Bourneville, Deny, Seglas, Buffet, Spillmann, Rohmer, Pierre Parisot, Picard, etc,. etc.

Le menu, fort élégant, représentait l'asile de Maréville et le pensionnat Sainte-Anne, son annexe. Le *Potage moscovite* et les *Écrevisses en buisson* ont obtenu un succès remarquable, aussi bien que les *Bombes alsaciennes* et les *Brioches de Maréville*.

La partie des vins avait été fort soignée et nous avons pu constater que les différents vins de Cadillac, offerts par le directeur, méritent une célébrité égale à celle des jurons du dit.

La carte des vins, fort suggestive, se composait de :

Grand mousseux Lorrain en carafes frappées
Toul rouge 1884
Laroque blanc sec 1887, Cadillac (Gironde)
(offert par le Directeur de Maréville)
Haut-Sauterne 1870

Saint-Estèphe 1887
Naudon-Rouge 1887, Cadillac (Gironde)
(offert par le Directeur de Maréville)
Musigny 1885
Champagne duc de Montebello

L'heure des toasts arrive ; c'est d'abord M. le Préfet qui prend la parole.

Il ne nous est pas possible de reproduire *in extenso* l'entrée en matière de M. le Préfet, lui-même sans doute n'y arriverait pas. Comme tout le monde, il avait éprouvé une surprise — et des plus agréables assurément — en constatant, au milieu des redingotes et des habits noirs, la présence de fraîches toilettes sur lesquelles il n'avait pas compté.

Chaque fois que l'on remplit son devoir, on se trouve ainsi en présence de compensations inattendues.

Ces compensations comportent naturellement un léger inconvénient, inconvénient hors de toutes proportions du reste avec l'agrément que l'on a pu éprouver.

Aussi M. Stéhelin s'est-il vu entraîné à s'adresser tout d'abord aux dames qui sont la parure et l'ornement de cette assemblée tenue sous les auspices de la science dans un local où assurément on serait heureux de les conserver. S'il n'est pas possible de les garder, du moins leur présence aura-t-elle contribué à donner à cette inauguration un éclat qu'elle n'aurait pas eu autrement, et, si ces paroles ne sont pas suffisamment éloquentes, c'est aux hommes qui ne l'ont pas prévenu de cette heureuse rencontre qu'il faut en attribuer la responsabilité.

La courtoise et galante allocution de M. le Préfet est accueillie par d'unanimes applaudissements dans lesquels nous remarquons avec plaisir, mais sans surprise, que les assistants ne se montrent pas moins chaleureux que les assistantes.

M. le Préfet continue en ces termes :

Si la maison où nous sommes est bien neuve, l'établissement dont elle relève est bien vieux ; mais, malgré son âge, il n'a

jamais connu un honneur égal à celui de votre visite ; il a connu par contre des vicissitudes nombreuses dont l'histoire nous a gardé le souvenir.

Il y a exactement trois siècles, la charité privée élevait à Maréville un refuge pour les pestiférés. Après des fortunes bien diverses et cent cinquante ans plus tard, ce refuge devenait « la renfermerie » dont je vous parlais hier : l'hôpital se tranformait en prison et cette prison s'appelait successivement maison de correction et maison de force. Une société policée et barbare y enfermait sur lettre de cachet, par les ordres du prince ou la volonté des familles, les malheureux dont il lui plaisait de se défaire. Parmi eux se trouvaient des aliénés et ils étaient plus sauvagement traités que des criminels. On entendait, nous rapporte la chronique naïve et apeurée, on entendait au dehors le bruit des fers et les cris des victimes.

C'étaient bien là les bastilles des malades ; elles furent forcées en même temps que la forteresse parisienne sous le souffle puissant de la Révolution et par le génie bienfaisant, énergique et doux du plus glorieux de vos précurseurs. C'est alors, en effet, que Pinel ouvrait les portes des asiles à ceux qui pouvaient rentrer dans le monde sans péril pour lui; c'est alors qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière, il délivrait les déments de leurs chaînes et les relevait de leur dégradation. Maréville était bientôt obligé, à son tour, de rendre les prisonniers et de ne conserver que les fous dangereux ou authentiques.

A la même époque, la France affranchie et délivrée, signait la Déclaration des droits de l'homme et créait l'inaliénable patrimoine de nos libertés publiques.

Le dépôt et la garde de ces libertés sont confiés au citoyen éminent qui exerce avec une dignité si haute et si souriante, les fonctions suprêmes.

C'est en son honneur que je vous propose de lever nos verres ; je bois, Messieurs, à M. Félix Faure, président de la République française.

Après M. le Préfet, le président du congrès, M. Pitres, a pris la parole. Il a dit que le souvenir de la présente journée ne s'effacera pas de la mémoire des assistants.

« L'accueil charmant que nous avons reçu de la part du personnel dirigeant de l'asile de Maréville, le repas somptueux qui l'a suivi, les ornements de la salle du banquet laisseront à tous un profond souvenir.

« C'est, d'ailleurs, avec émotion que je parle de l'asile de Maréville, qui intéresse tous les médecins aliénistes, non pas tant par les circonstances d'ordre social dont a parlé M. le Préfet, que par le souvenir des savants qui y ont professé, tels que Morel, ce grand génie qui a, dans cet asile, préparé les leçons cliniques qui sont restées pour nous des modèles admirables.

« Je souhaite, Messieurs, que ces traditions se perpétuent à Maréville. »

L'orateur a terminé en portant un toast à M. le Préfet, au directeur de l'Asile, au Président de la commission de surveillance et aux médecins en chef de cet établissement.

M. Demonet, président de la commission de surveillance de l'asile, prend à son tour la parole en ces termes :

Messieurs,

Je lève mon verre à la santé de M. Denizet, directeur de Maréville et à celle des docteurs Pâris et Vernet, médecins en chef de l'établissement.

Je n'aurais jamais osé prendre la parole devant une assemblée si considérable, composée de savants illustres et de sommités médicales, si je ne regardais comme un devoir impérieux de rendre hommage, au nom de la Commission de surveillance, à l'administration sage et éclairée de notre directeur, à la science et au dévouement de nos médecins en chef.

Certes, je n'oublierai pas le précieux concours apporté par M. le Préfet. C'est son éloquence si persuasive, inspirée par sa grande pitié pour nos malheureux frères dégénérés, qui a obtenu du conseil général de Meurthe-et-Moselle les ressources importantes qui nous étaient indispensables.

C'est grâce à tous ces concours généreux, grâce au parfait accord qui existe entre l'administration du département, les services de l'asile et la Commission de surveillance, que nous avons pu réaliser à Maréville des améliorations si désirées ;

que les vieux bâtiments, où l'air et la lumière pénétraient à peine, font successivement place à des constructions neuves, spacieuses et aérées où sont appliquées les règles d'une sage hygiène ; que le pensionnat de Sainte-Anne, non encore complètement terminé, mais dont la création était réclamée depuis longtemps par les familles des malades, a pu être édifié.

Malheureusement, nous le reconnaissons, il nous reste encore beaucoup à faire ; amener des eaux de source en plus grande abondance ; développer les installations hydrothérapiques ; élever un pavillon exclusivement réservé aux enfants ; et tant d'autres choses encore !

C'est, guidés par les précieuses indications des inspecteurs généraux, par le dévouement éclairé de l'administration, par l'habileté professionnelle et la science de nos médecins, que nous poursuivrons sans relâche des améliorations dans tous les services.

Aux médecins, de soulager et de guérir ; à nous, ignorants des sciences médicales, de rechercher les moyens d'assurer aux malheureux privés de la raison le plus de bien-être possible.

Je souhaite que partout, comme à Maréville, existe une entente aussi complète et aussi féconde entre l'administration, les médecins et la commission de surveillance. Je suis heureux de proclamer bien haut cette bonne harmonie qui règne ici, et je vous invite, Messieurs, à boire à la santé de M. le préfe Stéhelin, de M. le directeur Denizet et de MM. les médecins en chef de l'Asile, les docteurs Pâris et Vernet.

Après quelques paroles de remerciement et un toast aux dames porté par M. Denizet, le Dr Vernet se lève pour remercier les précédents orateurs des paroles élogieuses qu'ils ont adressées à son collègue le Dr Pâris et à lui-même. Il termine en levant son verre en l'honneur du professeur Pitres, président du Congrès.

La série des toasts terminée, M. le Préfet s'est de nouveau levé et, avec un geste rassurant, il a demandé pardon à l'assistance de la quitter si tôt, mais il était appelé à présider, à trois heures, une distribution de prix. « Je ne file pas à l'anglaise,

a-t-il dit, mais bien à la française, en adressant aux membres du Congrès nos remerciements, nos amitiés et nos vœux. »

Le café et les liqueurs absorbés, le cigare aux lèvres, les congressistes, mis en belle humeur, se sont séparés, et, une demi-heure après, ils rentraient en ville, juste à temps pour assister au retour des courses.

(SÉANCE DU LUNDI 3 AOUT MATIN)

Présidence de M. le D[r] VALLON, Vice-Président

La séance est ouverte à neuf heures un quart. Le Président donne lecture des articles 6 et 7 du règlement, stipulant que les orateurs et les auteurs de communications ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes, et que les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications, pour la rédaction des procès-verbaux.

La parole est donnée à M. le D[r] Crocq.

D[r] CROCQ fils. — **L'Hérédité croisée d'après l'expérimentation.**

Malgré les recherches de Fol (1), de Van Beneden (2), de Strasburger (3), de Weismann (4), de Neyt (5), de Guignard (6)

(1) H. Fol. — Recherches sur la fécondation, 1879.
(2) E. Van Beneden. — Recherches sur la maturation de l'œuf, la fécondation et la division cellulaire, 1883.
(3) E. Strasburger. — Newe Untersuchungüber den Befruchtungs vorzang brei den Ptonerogarncn als gundloge für eine theorie der zengung (1884).
(4) Weismann. — Die continentat der Keiuplasina's grundlage einer theorie der Verugung, 1885 et 1887
(5) Van Beneden et Neyt. — Nouvelles recherches sur la fécondation et la division mitasique.
(6) L. Guignard. — Nouvelles études sur la fécondation, comparaison des phénomènes morphologiques observés chez les plantes et chez les animaux, 1891.

et de tant d'autres, il faut avouer que les lois qui régissent l'hérédité physiologique sont actuellement encore peu connues. L'une des manifestations les plus extraordinaires de l'hérédité a été décrite par Buffon et Darwin sous le nom *d'hérédité croisée;* en se servant de ce terme, ces observateurs voulaient désigner les cas dans lesquels le rejeton mâle ressemble plutôt à sa mère, tandis que le rejeton femelle possède de préférence les particularités physiques et morales de son père.

L'histoire nous offre des exemples remarquables de transmissions du moral de la mère à ses fils : Néron possédait la cruauté d'Agrippine ; Commode, la fièvre de débauche de Faustine ; Héliogabale, le dévergondage et l'insolence de Sœmie ; Louis XI avait le goût des pèlerinages et des dévotions de sa mère ; Charles le Téméraire était défiant et soupçonneux comme sa mère, dont il avait du reste les cheveux et les yeux, etc., etc., nous pourrions citer un grand nombre de faits analogues qui ont de tout temps frappé les esprits.

« On sait, dit Déjerine (1), que Michelet, grand partisan de l'hérédité croisée, expliquait ainsi la médiocrité intellectuelle des fils de beaucoup de grands hommes, les fils héritant des qualités intellectuelles de leur mère. Gœthe disait tenir ses caractères physiques de son père, et, de sa mère, sa verve mordante et caustique, son instinct prodigieux de conservation personnelle, son horreur de toute impression violente. On trouve dans l'histoire de chaque pays des faits très probants en faveur de l'hérédité croisée, Henri VIII et ses filles, Gustave-Adolphe et Christine de Suède, Necker et Mme de Staël. »

Mais beaucoup d'auteurs contestent l'existence de l'hérédité croisée : André Sanson (2), par exemple, affirme qu'elle n'est qu'une chimère. « En réalité, dit-il, de ces exemples on trouverait tout autant dans le sens inverse. Le résultat dépend simplement des puissances héréditaires individuelles en présence. Il n'y en a point qui soit particulière à un sexe plutôt qu'à

(1) Déjerine. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux, p. 18, 1886.

(2) Sanson. — L'hérédité normale et pathologique, Paris 1893, page 83.

l'autre. Le produit peut hériter, on ne saurait trop le redire, d'un seul de ses procréateurs ou des deux à la fois. Dans ce dernier cas il héritera du sexe de son père et des qualités intellectuelles de sa mère, ou inversement, sans qu'on puisse savoir, jusqu'à présent, ce qui détermine ces phénomènes. La loi qui les régit n'est pas encore connue. » Sanson a fait accoupler un jeune sanglier d'Algérie avec une truie de même âge appartenant à l'espèce à larges oreilles tombantes. Cette truie eut six petits dont un mourut après la naissance ; les cinq autres furent conservés pendant quatre ans, puis ils furent tués pour préparer leur squelette. Tous avaient hérité des caractères spécifiques de leur race maternelle, ils en avaient la brachycéphalie et le profil facial à angle rentrant. Quant à la couleur de la peau, deux seulement présentaient du pigment en larges taches sur le cou et sur la croupe ; les autres en montraient de toutes petites disséminées sur le corps et sur le groin. Les soies étaient uniformément blanches. « Aucun, par conséquent, dit l'auteur (1), n'était né avec la livrée du sanglier son père. » Et cependant il y avait, parmi ces produits, deux mâles et quatre femelles !

« Il suit de tout cela, dit l'auteur, l'impossibilité flagrante de reconnaître à tel ou tel sexe une puissance héréditaire spéciale quelconque. Ni à l'égard d'une partie ou d'un groupe de parties déterminées du corps, ni à l'égard d'un sexe sur l'autre, l'hérédité n'a rien de fixe. Elle dépend d'une influence tout autre, qui est la puissance héréditaire individuelle. Cette puissance appartient en principe également aux deux sexes et elle se montre, dans l'un comme dans l'autre, à des degrés divers.

La prédominance qui paraît bien être la règle, s'accuse tantôt en faveur du sexe mâle, tantôt en faveur du sexe femelle, sans qu'on puisse dire si, dans l'ensemble des êtres vivants, l'un est plus favorisé que l'autre.

Sans prétendre que l'hérédité croisée se manifeste constamment et qu'elle constitue une loi immuable et sans exception, je crois cependant qu'elle n'est pas une chimère et qu'elle se

(1) Sanson. — *Loc. cit.* p. 85.

manifeste souvent d'une façon indiscutable. Il est bien évident que pour avancer une telle affirmation, on ne peut se baser uniquement sur ce que l'on peut avoir observé dans les familles humaines : si de nombreux faits prouvent, en effet, que les filles ressemblent à leur père et que les fils tiennent plutôt leurs particularités de leur mère, les adversaires de l'hérédité croisée peuvent répondre qu'ils connaissent au moins autant d'exemples en sens inverse.

Pour pouvoir prétendre à la réalité du principe de l'hérédité croisée, il faut se baser sur des faits plus précis, c'est-à-dire l'expérimentation.

Etant à la campagne l'été, je m'occupais volontiers, à mes moments de loisir, de l'élevage des poules ; possédant diverses races de poules, il m'arrivait de les croiser. Je fus frappé de ce que ces croisements produisaient des rejetons dont les caractères se montraient avec une telle constance, que je pouvais, pour ainsi dire, prévoir ce que j'obtiendrais en accouplant tel coq avec telle poule.

Ces premiers essais n'ayant pas été faits peut-être avec toute la rigueur que nécessitait l'importance de mes conclusions, je résolus de pratiquer une série d'expériences démonstratives.

Afin d'obtenir des résultats évidents, je me suis servi de deux races distinctes d'animaux : les deux races de poules dont j'avais des sujets purs, étaient des coucous de Malines et des *Langshan* noirs. Ces deux races se caractérisent par un volume considérable, assez semblable à celui des cochinchinoises ; leur queue est peu apparente, leur démarche est lente et majestueuse ; leurs différences sont assez marquées pour que l'on puisse, à première vue, les distinguer l'une de l'autre. Leur caractère principal réside dans la coloration de leur plumage : tandis que les langshan sont d'un beau noir bleuâtre sans aucune plume blanche ni grise, les coucous de Malines sont régulièrement tachetés de gris. Ces deux races sont parfaitement établies et se conservent avec pureté dans leur descendance ; ce caractère est indispensable pour pouvoir conclure logique-

ment. Dans toutes les expériences qui suivent, j'ai fait usage de sujets élevés par moi, à l'abri de tout contact impur.

Expérience I. — Au mois de juillet 1890, j'ai mis dans un enclos parfaitement isolé, un coq langshan noir avec une poule coucou de Malines, les œufs furent laissés dans le nid, et, lorsque leur nombre eut atteint le chiffre 13, la poule se mit à couver. Douze poussins naquirent, parmi lesquels on put déjà distinguer deux variétés bien différentes : les uns au nombre de huit, étaient uniformément grisâtres, les autres étaient noirs avec une raie blanche sur le ventre et le bout des ailes blanc ; je savais, pour en avoir déjà vu, que les premiers appartenaient à la race coucou de Malines ; les derniers à la race langshan. Ces poussins devinrent non pas des bâtards présentant le mélange des deux races ascendantes, mais bien des individus de race pure, parfaitement caractérisés. Le fait qui me parut le plus intéressant, fut que *les huit coucous de Malines, portant les caractères maternels, étaient des coqs, et que les quatre langshan étaient des poules*.

Je ne pouvais assister à ce résultat sans en être frappé, et, afin de me convaincre de la réalité de ce fait, j'ai fait l'expérience suivante :

Expérience II. — En mai 1891, j'ai mis un coq langshan avec trois poules coucou de Malines; j'ai conservé les œufs et bientôt j'ai pu mettre à couver quatorze de ces œufs. Douze poussins naquirent parmi lesquels *cinq étaient gris, quatre étaient noirs* et trois paraissaient être moins bien caractérisés. J'ai pu bientôt me convaincre que, *parmi les cinq gris, il y avait quatre coqs, les quatre noirs étaient des poules*, enfin les trois autres ne représentaient plus des types parfaits, leur plumage n'était plus aussi régulier et leur forme montrait un mélange des deux races ; mais, même dans ce mélange, le principe de l'hérédité croisée semblait persister, car deux de ces bâtards étaient des coqs, et ils étaient plus gris que noirs, le dernier, au contraire, tait une poule, elle était presque totalement noire,

En même temps que je faisais cette expérience, j'ai répété, en sens inverse, celle de l'année précédente.

Expérience III. — En mai 1891, j'ai mis un coq coucou de Malines avec une poule langshan. Comme dans l'expérience I, j'ai laissé des œufs dans le nid et lorsqu'ils furent au nombre de quinze, la poule se mit à couver. Dix poussins naquirent, parmi lesquels six étaient noirs et quatre étaient gris, les six premiers devinrent des coqs de race pure, les quatre derniers, des poules non moins bien caractérisées.

En présence de ces trois expériences, il est impossible de douter de la réalité du principe de l'hérédité croisée ; cependant les résultats obtenus présentent quelques particularités : dans les expériences I et III, lorsque les deux animaux ont été enfermés seuls, les petits ont présenté une constance vraiment extraordinaire de caractères ; lorsque, au contraire, les animaux ont été plus nombreux (Exp. II.), il y a eu trois bâtards. Ce fait est intéressant à signaler, il semble indiquer que, pour que l'hérédité croisée se manifeste dans toute sa beauté, il faut que les parents soient monogames.

Afin de confirmer ces résultats obtenus avec des poules, j'ai expérimenté avec d'autres animaux : pigeons, lapins, cobayes.

Expérience IV. — En juillet 1891, j'ai accouplé un pigeon voyageur avec une colombe noire de la race boulant ; comme on le sait, le pigeon voyageur ressemble au ramier, il est gris ; le boulant au contraire possède une gorge énorme, il est plus long et plus majestueux. Ce couple fit trois nichées, chacune de deux jeunes : chaque fois l'un de ceux-ci était un boulant noir mâle, l'autre un voyageur gris femelle.

Avec les lapins les résultats furent beaucoup moins nets, je dois faire remarquer que, pour ces derniers animaux je n'ai pas, comme précédemment, accouplé deux races distinctes, mais bien deux individus de couleurs différentes appartenant à une même race.

Expérience V. — En juillet 1891, j'ai accouplé un lapin blanc

avec une lapine uniformément grise ; ils eurent douze jeunes, parmi lesquels trois étaient blancs, deux gris et sept présentaient un mélange des deux couleurs. Quatre moururent, un blanc et trois bâtards ; les autres grandirent et me montrèrent que les colorations qu'ils avaient étant petits, restaient pareilles dans l'avenir. Les deux blancs étaient des femelles, les deux gris des mâles, et parmi les quatre bâtards, trois étaient des femelles.

Les expériences sur les cobayes furent assez concluantes.

EXPÉRIENCE VI. — En août 1891, j'ai placé un cobaye mâle blanc, aux yeux rouges, avec une femelle marquée de noir et de blanc ; ils eurent trois jeunes dont un absolument blanc aux yeux rouges et deux noirs et blancs. Le premier était une femelle, les deux autres des mâles.

Les résultats les plus manifestes que nous ayons obtenus se rapportent donc aux poules et aux pigeons ; avec les cobayes et les lapins, quoique le principe fondamental persiste encore, les effets sont moins marqués, ce qui peut vraisemblablement être attribué à ce que, dans le premier cas, j'ai opéré des croisements de races, tandis que dans le second j'ai accouplé des animaux de même race.

M. Sabrazès demande si les poules sur lesquelles a expérimenté M. Crocq étaient vierges ; car il importe de ne pas oublier que chez les animaux il se passe des faits d'imprégnation de la femelle par le premier mâle qui influe sur les couvées ultérieures.

M. Crocq, répond que non seulement ses poules d'expérience avaient été parfaitement isolées et restaient vierges, mais encore qu'elles avaient été soustraites à la vue même des mâles.

Car il avait noté l'influence manifeste de la vue seule sur les caractères morphologiques de la descendance. Une poule séparée entièrement d'un coq de race différente eut des poussins ayant quelques caractères de ce coq, qui avait été placé en cage à portée de sa vue.

Dr AUGUSTE VOISIN. — **Hospice de la Salpêtrière**

Céphalée temporo-pariétale gauche datant de trois ans. Lypémanie. Idées et tentatives de suicide.

Hémiparésie droite. Crâniectomie. Découverte d'un lac séreux comprimant les frontale et pariétale ascendantes gauches. — Guérison.

Il y a une dizaine d'années, j'avais dans mon service une femme devenue lypémaniaque par suite d'une céphalée des plus intenses dont elle était affectée à la région pariétale droite et qui avait résisté à tous les traitements médicaux.

Après deux ans d'insuccès thérapeuthiques, j'avais prié le chirurgien de la Salpêtrière de lui faire une crâniectomie parce que j'étais arrivé à la conviction qu'il existait une lésion méningée avec épanchement comprimant le cerveau, mais le chirurgien ne jugea pas une opération nécessaire.

Cette femme continua à souffrir atrocement et mourut de cachexie après plusieurs années.

L'autopsie permit de constater une méningite localisée à la région pariétale droite et un lac de liquide séro-sanguin ayant comprimé et déformé les circonvolutions sous-jacentes en un point correspondant exactement à celui qu'indiquait la malade et sur lequel elle tenait sa main appliquée, c'est-à-dire à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites.

En présence de cette connexion de symptômes et de lésions, je me promis bien d'en tenir compte lorsqu'un second fait se présenterait à mon observation.

Cela a eu lieu l'année dernière :

Une jeune fille de vingt-et-un ans me consulta en novembre 1895 pour une céphalée des plus intenses qui occupait le côté gauche de la tête : région temporo-pariétale, mais ayant son maximum d'intensité un peu au-dessus de l'oreille gauche.

La douleur était atroce la nuit et portait la malade à des

idées de suicide qu'elle avait déjà cherché à mettre à exécution.

La douleur durait depuis trois ans. Il était survenu un certain nombre d'attaques convulsives avec chute à terre et, il y a un an, de la déviation de la bouche à gauche (avec effacement des rides à droite), de la déviation de la langue à gauche, de l'hémiparésie à droite. La main droite ne donnait que 14 kilos au dynamomètre tandis que la gauche donne 26 (non gauchère).

La malade se tenait sans interruption la tête dans les mains et ne cessait de gémir.

Du côté droit la sensibilité sur la face, le cou, le tronc et les membres était notablement diminuée.

De plus, elle avait des vomissements alimentaires presque incessants.

Comme antécédents héréditaires, sa mère était morte tuberculeuse.

Comme antécédents personnels, elle avait eu une enfance difficile, ayant été nourrie au biberon. Elle avait eu une gastro-entérite chronique et des adénites cervicales.

J'avais prié un de mes collègues de la recevoir dans son service en insistant sur la probabilité de lésions méningo-cérébrales, mais il ne pensa pas comme moi et il considéra cette jeune fille comme atteinte d'hystérie et ayant de la céphalée et des troubles paralytiques hystériques.

Cette malade ayant fait au bout d'un mois une tentative de suicide, il me la renvoya dans l'état ou elle était avant son entrée, c'est-à-dire avec sa céphalée des plus intenses à gauche, l'hémiparésie droite et les vomissements alimentaires qui devenus plus fréquents menaçaient bientôt de provoquer l'inanition.

En janvier 1896 il survint de la fièvre (40°) avec aggravation de la céphalée, de la prostration.

La langue se vernissa ; les vomissements étaient ininterrompus.

Deux grammes de sulfate de quinine et l'application de pointes de feu à la région temporale gauche firent disparaître ces symptômes graves, mais la céphalée et les vomissements persistèrent et l'inanition amena une faiblesse inquiétante.

Je priai alors M. Péan de lui faire une crâniectomie, persuadé qu'il existait à la région douloureuse une méningite avec épanchement séreux comprimant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches à leur pied et à leur partie moyenne.

Le chirurgien incisa la peau sur une longueur d'avant en arrière de 15 centimètres, et enleva une partie du crâne sur une longueur de 10 centimètres, et une largeur de 7 centimètres de bas en haut.

La portion écailleuse du temporal fut en outre enlevée sur une largeur de 1 centimètre de façon à bien découvrir la place où la malade souffrait le plus.

La dure-mère bomba fortement après l'ablation des os.

Péan l'ayant ponctionnée à la partie moyenne de l'ouverture où le bombement était le plus fort, il s'échappa un jet de liquide clair d'une hauteur de 22 à 25 centimètres.

La dure-mère ayant été incisée de bas en haut, on aperçut un lac séreux qui s'était fait une loge de 4 centimètres de diamètre dans les circonvolutions sous-jacentes, celles postérieures à la partie écailleuse du temporal.

De plus, la dure-mère apparut dans tout ce que l'on peut voir, doublée à sa face interne d'une couenne grisâtre de 0^m,002 d'épaisseur.

La pie-mère était opaline, on voyait de grosses veines. Pas de tubercules.

Trois points de suture furent appliqués à la dure-mère. Une extrémité d'un tube en caoutchouc fut placée entre la dure-mère et la pie-mère et l'autre extrémité fut maintenue en dehors de la plaie du cuir chevelu qui fut suturée.

Le pansement ordinaire fut appliqué sur la tête.

Les suites de l'opération furent normales.

Apyrexie complète.

Les vomissements n'ont pas cessé de suite, mais la douleur ne s'est pas produite depuis l'opération et quinze jours après je constatais que la main droite donnait au dynamomètre la même force — 26 kilos — que la gauche.

Aujourd'hui 15 juillet 1896, la céphalée gauche n'existe plus, la lypémanie, les idées de suicide ont cessé. Cette jeune fille est gaie et elle n'a plus que rarement des vomissements.

Elle a encore un peu de déviation de la bouche mais elle n'a plus de déviation de la langue.

En résumé, cette malade, âgée de 21 ans, était atteinte depuis trois ans de céphalée excessivement intense, à la région temporo-faciale gauche qui avait progressivement amené de la lypémanie, des idées et des tentatives de suicide.

Des attaques convulsives, des vomissements incoercibles, de l'hémiparésie droite, de l'hémiplégie faciale compliquaient cet état qui avait résisté à tous les moyens ordinaires.

Une crâniectomie pratiquée à ma demande par Péan à la région temporo-pariétale gauche sur une longueur de 15 centimètres et une largeur de 7, mit à découvert un lac séreux enkysté qui s'était fait une loge de 4 centimètres de diamètre dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et une pachy-méningite de la dure-mère.

Dès les premières heures après l'opération la céphalée cessa et n'a plus reparu. La lypémanie et les idées de suicide disparurent ainsi que l'hémiparésie, et aujourd'hui elle est guérie.

M. H. CLAUDE. — **Des lésions médullaires dans le intoxications par les toxines microbiennes.**

Un certain nombre de travaux ont été publiés dans ces derniers temps sur l'action des toxines microbiennes en pathologie nerveuse ; mais jusqu'à présent on a rapporté peu de faits expérimentaux avec examen histologique des centres nerveux et des nerfs et surtout peu de cas où l'étude ait été pratiquée par les méthodes histologiques nouvelles. Au cours de nos recherches, entreprises dans le laboratoire de M. le Professeur Raymond, à la Salpêtrière, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre d'accidents nerveux chez des animaux intoxiqués par diverses toxines microbiennes. Ce sont quelques-uns de ces cas

que nous rapporterons en insistant surtout sur les altérations de la moelle que nous avons constatées par la méthode de Nissl.

Obs. I. — Cobaye de 490 grammes intoxiqué par des injections répétées de toxines du bacterium Coli fourni par l'Institut Pasteur. A reçu, du 15 avril au 8 juin, 62 centimètres cubes de bouillon stérilisé. Le 23 mai, on constatait une paralysie de la patte postérieure gauche ; le 3 juin, il existait une paralysie complètc et une certaine raideur des pattes. Le 8 juin l'animal mourait.

Examen histologique de la moelle ; prolifération leucocytaire et des cellules névrogliques très accusée ; hémorrhagies diffuscs dans la partie inférieure dc la moelle ou localisées aux gaines vasculaires. Dans la région dorsale, foyers de ramollissement occupant surtout la zone majeure et la corne postérieure. Par les colorants ordinaires les cellules ganglionnaires prennent une tcinte uniforme, le noyau se distingue à peine du protoplasma ; les contours cellulaires ne sont pas nets. Sur les coupes de la moitié inférieure de la moelle traitées par la méthode de Nissl, les cellules se montrent très altérées : les granulations chromatophiles ont le plus souvent disparu, la cellule se colore en masse vivement par les réactifs ou bien elle reste incolore, à peine indiquée par quelques filaments protoplasmiques vaguement colorés, sorte de dégénérescence vitreuse.

Les prolongements protoplasmiques sont absolument indistincts.

Dans la moitié supérieure de la moelle, les lésions sont beaucoup moins prononcées, on constate toutefois une raréfaction des éléments chromatophiles à la périphérie de la cellule ; unc transformation de ces éléments qui prennent un aspect granuleux et des contours moins arrêtés que normalement. Lc noyau est légèrement teinté. Les prolongements protoplasmiques semblent normaux. La forme générale des cellules n'est pas altérée ; l'envahissement leucocytaire est très accusé.

Obs. II. — Chien de 40 livres ayant reçu sept injections de toxine diphtérique de l'Institut Pasteur, depuis lc 24 avril jus-

qu'au 20 mai, 1/4 de centimètre cube par injection. L'animal meurt le 25 mai présentant une parésie des membres inférieurs rendant la marche impossible. Posé sur ses pattes, il titube et tombe après avoir fait deux ou trois pas.

La moelle est légèrement congestionnée à l'œil nu. Sur les coupes, la prolifération leucocytaire est peu marquée. Quelques cellules, au Nissl, se montrent uniformément colorées ; le plus souvent les éléments chromatophiles se détachent encore bien sur la substance achromatique déjà plus foncée qu'à l'état normal. Mais les éléments sont plus fins, plus tassés par places et presque confondus, donnant souvent à la substance chromatique un aspect granuleux. Les prolongements cellulaires contiennent des éléments mal colorés. Le noyau occupe sa situation au centre de la cellule, et paraît normal.

Les nerfs de la patte présentent quelques fibres atrophiées ; mais la plupart n'offrent guère qu'un amincissement de la gaine de myéline. Les gaines celluleuses sont épaissies. Notons encore une prolifération assez marquée de cellules embryonnaires.

Obs. III. — Chien de 15 kilos. A reçu, du 5 mai au 28 mai en injections sous-cutanées de 1/2 centimètre cube, 4 centimètres cubes de toxine tétanique. Le 29 mai paralysie de la patte postérieure droite. Le 3 juin les deux pattes sont prises, elles restent allongées, raides, sous l'animal, animées parfois de mouvements de trépidation. La sensibilité est exagérée. Le 15 juin, les deux pattes antérieures sont paralysées. L'animal reste couché, inerte, l'atrophie musculaire est très prononcée. Le 1er juillet, les membres qui ne peuvent supporter l'animal sont encore secoués par quelques mouvements spasmodiques. Le cou et la tête sont intacts. L'animal est sacrifié le 7 juillet.

L'examen des nerfs radial et sciatique poplité externe montrent des altérations diverses : quelques fibres sont conservées, mais la plupart présentent une névrite assez accusée. Au début on constate une sorte d'émulsion fixe de la myéline qui par l'acide osmique forme une quantité de petits grains noirs, qui s'amassent par places et donnent un aspect souple à la fibre, sans s'unir et former de véritables boules. Certaines

fibres plus malades deviennent bosselées et moniliformes. On constate alors sur leur trajet des segments amincis dépourvus complètement de myéline. Les noyaux semblent proliférés. Un grand nombre de fibres enfin sont atrophiées complètement. Sur tous les nerfs la dégénérescence myélinique nous a paru se faire sans concrétion en boule, et destruction définitive, mais par une atrophie progressive de la gaine de myéline qui finement émulsionnée donne un aspect *tigré* très spécial à la fibre. Sur certaines fibres à peu près complètement atrophiées on distingue encore quelques points noirs très fins, dernier vestige de la myéline.

Du côté de la moelle dont nous avons examiné un fragment à la région lombaire, ce qui frappe, ce sont les lésions vasculaires intenses. Celles-ci sont surtout prononcées dans le domaine des artères spinales postérieures dont les branches qui sillonnent la substance blanche des cordons postérieurs et postéro-latéraux, sont atteints de périartérite. Chaque rameau est entouré d'un manchon de cellules rondes, tellement épais, que le calibre du vaisseau paraît doublé ou triplé. Il est difficile de dire si cette inflammation porte plutôt sur la gaine que sur la paroi vasculaire. Mais il n'existe dans cette région ni thrombose ni hémorragie. La prolifération des leucocytes et des cellules névrogliques est particulièrement accusée dans les cordons postérieurs. Elle est également très notable dans la substance grise et particulièrement la corne postérieure. Toutes les cellules de celle-ci, ainsi que celles de la région moyenne sont très malades. La plupart sont à peu près dépourvues d'éléments chromatophiles, on n'en trouve que quelques-unes encore autour du noyau. Les prolongements ont disparu. Le noyau en revanche est énorme, occupe presque toute la cellule et tend à faire hernie. Une agglomération de leucocytes entoure les cellules, pénètre même à leur intérieur et certaines sont en partie détruites par eux. Quelques-unes, moins atteintes, offrent une coloration diffuse ; les éléments chromatiques y sont mal différenciés, et font même en général défaut dans les prolongements. Au contraire, dans la corne antérieure les grandes cellules et notamment, celles du groupe antéro-externe sont en général assez bien conservées, et quelques-

unes mêmes restent normales. Toutefois, il est assez fréquent de trouver au milieu d'un de ces groupes cellulaires sains un élément presque complètement détruit, nécrosé, comme ceux qui existent dans la corne postérieure. Dans les cellules déjà légèrement atteintes de la corne antérieure, on note surtout une désintégration de la substance chromatique qui disparaît à la périphérie de la cellule et tend à s'amasser autour du noyau. Les éléments chromatiques ont des formes un peu moins arrêtées que dans les cellules saines, et dans la zone périphérique ils présentent un aspect granuleux. Les prolongements sont normaux ainsi que le noyau.

Cette observation est d'un intérêt tout spécial à cause de l'inégale répartition des lésions, de leur localisation surtout aux cornes et aux cordons postérieurs, enfin à cause des altérations vasculaires intenses et des névrites en évolution que nous avons signalées.

Obs. IV. — Un dernier cas que nous avons étudié est relatif à un lapin intoxiqué par la toxine pyocyanique depuis le 17 janvier, et sacrifié le 20 mai. Cet animal était très amaigri, mais n'avait pas de paralysie. Les nerfs furent trouvés normaux. Mais la moelle présentait les lésions suivantes : raréfaction du réseau chromatophile périphérique de certaines cellules; concentration des éléments autour du noyau: parfois la substance chromatique n'est plus dissoute à la périphérie uniformément, mais disparaît sur une partie seulement de la cellule; on trouve alors une sorte de tache claire plus ou moins arrondie et gagnant le centre de la cellule sans atteindre ordinairement le noyau. Sur ces cellules légèrement altérées, les prolongements sont moins distincts, et les éléments chromatiques se colorent moins vivement. Les noyaux sont un peu plus teintés que sur les cellules normales. Celles-ci sont en majorité, et le cas se prête parfaitement à l'étude des modifications primitives des cellules. Les lésions que nous venons de résumer reproduisent d'ailleurs un certain nombre de caractères attribués par M. Marinesco aux altérations cellulaires primitives. En dehors des modifications légères des cellules, on ne trouvait ni prolifération embryonnaire, ni hémorragies, ni lésions vasculaires.

L'intérêt de ce cas réside donc dans les constatations des lésions cellulaires primitives de la moelle tout à fait au début, et en dehors de tout symptôme apparent pendant la vie.

Si à ces quatre faits nous ajoutons deux cas que nous avons rapportés devant la Société de Biologie (10 juin 1896) et relatifs à des paralysies dues aux toxines strepto-staphylococciques et ayant évolué très rapidement, nous obtenons un total de six observations dans lesquelles en dehors des fausses lésions vasculaires (hémorragies, ramollissement), nous avons pu étudier les diverses altérations cellulaires. Celles-ci ont paru surtout en rapport avec le degré d'intensité de l'intoxication : dans les intoxications aiguës (toxines strepto-staphylococciques), nécrose de la cellule caractérisée par l'homogénisation de la substance chromatique, la coloration uniforme de celle-ci et de la substance achromatique, la vacualisation du protoplasma, ou sa fissuration, la disparition des prolongements protoplasmiques, cassés et isolés de la cellule, enfin la disparition progressive de celle-ci attaquée par les leucocytes et les éléments interstitiels. Dans les intoxications lentes, on observe tous les degrés des altérations cellulaires et à côté d'éléments intacts, on en rencontre qui sont entièrement dégénérés. Le plus souvent la substance chromatique se résoud peu à peu en granulations plus ou moins fines et irrégulières, et se groupe autour du noyau qui se colore d'une façon plus intense. Les prolongements protoplasmiques se distinguent moins bien ; leurs éléments chromatiques s'amincissent et prennent moins la matière colorante. Enfin d'autres cellules plus malades peuvent présenter l'aspect homogène, uniformement coloré, que nous indiquions plus haut, ou bien subir une atrophie avec disparition progressive de la substance chromatique, le noyau vésiculeux et hypertrophié se distinguant encore, entouré d'une petite zone de protoplasma dégénéré,

Mais les altérations cellulaires n'existent pas seulement chez les animaux présentant des troubles nerveux. En l'absence de tout phénomène apparent et de toute lésion des nerfs, on peut

constater chez l'animal intoxiqué des altérations cellulaires primitives bien décelées par la méthode de Nissl, et qui démontrent nettement la vulnérabilité des centres nerveux dans les intoxications ainsi que la possibilité d'altérations latentes sinon de lésions latentes et à évolution progressives.

Dr CROCQ fils. — **L'Acrocyanose**

Avant de décrire le syndrome que je désigne sous le nom d'acrocyanose, il est nécessaire de dire quelques mots sur deux maladies qui ont avec elle certaines ressemblances ; je veux parler de la *maladie de Raynaud* et de *l'œdème bleu de Charcot.*

Raynaud, dans sa thèse inaugurale, en 1862, a, le premier, décrit une série de troubles circulatoires aboutissant à la gangrène symétrique des extrémités. Ces phénomènes, que l'on désigne souvent sous le nom de maladie de Raynaud, se présentent sous deux formes différentes : *l'asphyxie locale* et la *gangrène symétrique*.

L'*asphyxie locale* est, d'après l'auteur, le premier degré de la gangrène, quoiqu'elle puisse également se manifester isolément sans que la personne qui en est atteinte ne présente jamais aucun phénomène de gangrène. L'asphyxie locale des extrémités peut revêtir deux formes distinctes que Raynaud a appelées : la *syncope locale* et *l'asphyxie locale proprement dite*.

Dans la *syncope locale*, l'extrémité pâlit, devient exsangue, se refroidit, la sensibilité disparaît et la partie atteinte reste comme paralysée. Ce phénomène se produit ordinairement symétriquement dans un ou plusieurs doigts ; il se montre par accès qui durent quelques instants, une heure ou même plus. Les accès apparaissent souvent sans cause provocatrice appréciable ou bien à l'occasion d'une émotion, d'un léger abaissement de la température ; ils ne s'accompagnent d'aucune douleur, mais quelquefois il se produit à leur suite une réaction avec sensation d'onglée.

Dans l'*asphyxie locale*, les extrémités prennent une teinte cya-

notique, soit blanc-bleuâtre, soit ardoisée, soit même noirâtre ; la moindre pression détermine l'apparition d'une tache blanche qui disparaît relativement lentement. Il n'y a en général pas d'œdème et la sensibilité est abolie. La douleur est presque constante, c'est un engourdissement pénible, une sensation de brûlure, des élancements ; après l'accès, se déclare une période de réaction avec fourmillements insupportables ; puis la peau reprend insensiblement sa coloration normale. Dans l'intervalle des accès, la peau présente un aspect sain.

Ces deux formes d'asphyxie locale peuvent s'associer et alterner ; dans certains cas atypiques les douleurs sont surtout marquées alors que les troubles circulatoires paraissent insignifiants.

La *gangrène symétrique* débute, d'après Raynaud, par une des deux formes précédentes : les doigts deviennent violacés, les douleurs deviennent de plus en plus fortes. Puis une petite phlyctène se montre, s'ouvre, persiste quelques jours et se cicatrise ; l'accès est terminé ; mais bientôt les mêmes phénomènes se reproduisent. Chaque ulcération laisse à sa place une cicatrice dure, blanche et déprimée, qui, à la longue, donne au doigt un aspect chagriné.

Cet aspect parcheminé peut aussi se produire sans phlyctènes ; la peau prend alors une coloration jaune en un endroit, elle se dessèche et se ride.

La gangrène peut encore se produire sans phlyctène : l'ongle et la phalange deviennent noirs, un cercle inflammatoire apparaît autour des parties mortifiées, l'escharre se détache, et la cicatrisation s'opère rapidement. La partie mortifiée est en général beaucoup moins grande qu'on pourrait le croire : le plus souvent la partie qui se détache n'a que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur. Mais les phénomènes gangréneux se reproduisant, les doigts s'effilent, s'indurent, les ongles se déforment.

D'après Raynaud, cette maladie comprend trois périodes ; la période d'invasion, caractérisée par l'asphyxie locale, durant de quelques jours à un mois ; la période d'état, accompagnée d'accès de douleur et de gangrène, durant une dizaine de jours ;

la période d'élimination des escharres durant de vingt jours à dix mois.

C'est la forme aiguë de la maladie ; dans la forme chronique, les accès sont intermittents, moins graves, et ne se reproduisent que rarement.

La maladie de Raynaud est une affection du sexe féminin ; elle se produit généralement entre dix-huit et trente ans. On l'a rencontrée chez des névropathes, des alcooliques, des tuberculeux, des syphilitiques, des diabétiques ; le froid, les émotions, les troubles menstruels ont paru en être très souvent la cause.

L'*œdème bleu*, décrit pour la première fois par Charcot, en 1884, débute ordinairement brusquement, à la suite d'un traumatisme physique ou moral, par une paralysie, une parésie ou une contracture d'un ou de plusieurs membres ; bientôt les parties atteintes prennent une coloration d'un rouge vineux ou d'un bleu noirâtre, elles sont le siège de douleurs parfois très intenses, et d'un œdème cutané très marqué. La pression détermine une tache blanche et un godet qui s'effacent assez doucement ; la température des membres atteints est abaissée de plusieurs degrés. L'œdème bleu est permanent mais quelquefois, après avoir disparu, il revient périodiquement ; il n'occupe généralement qu'un seul membre et siège toujours à son extrémité.

Les observations d'œdème bleu sont jusqu'à présent peu nombreuses et les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de la pathogénie de cette affection. Charcot la croit due à un spasme des vaso-moteurs. Pitres l'attribue à leur paralysie, Gaskenriz à une lésion de l'endothélium. Alelekoff (1) admet, avec la majorité des auteurs, que l'œdème bleu dépend d'un spasme vasculaire, mais il fait remarquer que l'œdème est précédé de paralysie, de parésie ou de contracture du membre atteint, conditions qui favorisent la stase et l'œdème ; car la circulation du sang dans les veines est due non seulement à l'action aspiratrice du cœur et de la cage thoracique, mais aussi

(1) Alelekoff. — *Archives de Neurologie*, 1896.

à la contraction des muscles qui chassent le sang des veines pourvues de valvules dans une seule et même direction, c'est-à-dire vers le cœur. C'est pourquoi dans les cas passagers, la disparition de l'œdème suit la disparition de la paralysie ou de la contracture ; dans les cas durables, au contraire, les veines se dilatent de plus en plus, les artères sont dans un état de spasme permanent et la lésion des parois vasculaires se produit sous la forme d'un gonflement et d'un décollement de l'endothélium, d'hémorragies dans l'épaisseur des parois vasculaires et de lésions cellullaires périvasculaires. Plus tard surviennent des lésions des nerfs dont la nutrition est perturbée. Toutes ces lésions ont été constatées par Alelekoff dans un cas d'œdème bleu qu'il a eu l'occasion d'autopsier.

Le pronostic de l'œdème bleu est favorable pour les cas passagers, il est grave pour les cas durables, à cause des lésions profondes qu'il provoque après un certain temps.

Le syndrome auquel je donne le nom d'*acrocyanose*, n'est ni la maladie de Raynaud, ni l'œdème bleu de Charcot, quoiqu'elle se rapproche par certaines particularités de ces deux affections.

L'acrocyanose débute insensiblement : la malade s'aperçoit un jour que ses mains et ses pieds sont plus violacés qu'auparavant, elle y ressent de petits élancements. La coloration cyanotique *existe d'une manière permanente* mais elle est quelquefois un peu plus accentuée à certains moments de la journée ; la cyanose existe sur toute l'étendue des mains ; vers le poignet elle diminue insensiblement ; elle est également très accentuée aux orteils mais à la face dorsale du pied elle diminue progressivement. Cette coloration violacée est surtout marquée à la face dorsale des mains et des pieds, leur face palmaire et plantaire est moins bleue et leur coloration se rapproche plutôt du rouge. Ces modifications de couleurs s'accompagnent d'altérations de la calorification locale et de la sudation : le dos des pieds et des mains est glacé et sec tandis que leur face plantaire et palmaire est recouverte d'une abondante transpiration. La pression détermine, comme dans la maladie de Raynaud, et

comme dans l'œdème bleu, une tache blanche qui ne se dissipe que lentement.

Le phénomène de l'asphyxie locale ou du doigt mort est exceptionnel.

Si l'on couvre fortement les extrémités atteintes, le refroidissement et la cyanose n'en persistent pas moins.

L'acrocyanose peut persister pendant des mois sans aucune tendance à la production de phlyctènes ou de gangrène ; elle est susceptible de guérir et ne constitue, dans tous les cas, pas un phénomène grave.

Elle diffère de la maladie de Raynaud par son caractère permanent, par l'absence d'asphyxie locale et par l'absence de tendance à la production de phlyctène ou de gangrène ; elle se distingue de l'œdème bleu de Charcot, par l'absence d'œdème, de paralysie, de parésie et de contracture.

L'état général du malade est excellent, sa température normale.

Dans les deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer, l'acrocyanose s'est développée chez des hystériques ; aussi je crois que ces phénomènes dépendent de troubles circulatoires vaso-moteurs provoqués par la névrose hystérique. La première malade que j'ai eu l'occasion d'observer était alitée, à l'hôpital Saint-Pierre, dans le service de mon maître, M. le professeur Rommelaere. Elle était âgée de 30 ans et était entrée à l'hôpital en novembre 1895, pour un rhumatisme articulaire. Son hérédité était peu chargée : mère morte en couches, père âgé de 70 ans et bien portant ; deux frères et sœurs bien portants, un frère mort en bas âge.

Comme antécédents personnels elle ne signalait que des accidents hystériques. Elle était bien réglée. Pendant le cours de son rhumatisme, je constatai des accès hystériques, du tremblement émotionnel passager, un rétrécissement du champ visuel et des plaques d'anesthésie. Environ quinze jours après son entrée à l'hôpital, Philomène Van D..., commença à tousser, l'examen de la poitrine dénota une pleurésie droite avec épanchement.

Au commencement de janvier 1896, je fus frappé par la coloration spéciale des extrémités qui présentaient tous les signes de ce que je viens de décrire sous le nom d'acrocyanose. Cette particularité existait, au dire de la malade, depuis deux mois et avait débuté insensiblement; la cyanose était permanente quoiqu'un peu plus accentuée à certains moments de la journée; les douleurs étaient insignifiantes, la sensibilité persistait, peut-être était-elle diminuée, mais elle n'était sûrement pas profondément altérée. Philomène eut encore, dans la suite, des accès d'hystérie, sa pleurésie guérit, mais l'acrocyanose resta toujours identique. La malade quitta l'hôpital en avril, complètement guérie de son rhumatisme articulaire et de sa pleurésie, mais toujours hystérique et acrocyanotique.

La seconde malade chez laquelle j'ai constaté l'acrocyanose vint me trouver en février dernier, pour être guérie de ses attaques de nerfs; elle était âgée de vingt-deux ans et avait des crises hystériques depuis environ trois ans. Comme antécédents héréditaires il n'y avait que de l'hystérie du côté de la mère: elle était enfant unique.

Comme antécédents personnels rien que l'hystérie. La malade portait tous les stigmates de la névrose. Elle était bien réglée. La coloration cyanotique des mains me frappa aussitôt; elle était identique à celle qu'avait présentée Philomène Van D... Leur face dorsale était froide et sèche, leur face palmaire était recouverte d'une transpiration froide. Les orteils et la partie adjacente du pied présentaient les mêmes caractères. La sensibilité était normale aux extrémités. La malade affirma être atteinte de cette infirmité depuis un an environ, elle dit que ses mains et ses pieds avaient insensiblement changé de couleur, qu'ils s'étaient refroidis et que leurs faces palmaire et plantaire étaient continuellement humides. Elle n'avait jamais ressenti de véritables douleurs dans les extrémités atteintes, tout au plus avait-elle remarqué quelques fourmillements; jamais ces extrémités ne reprenaient leur coloration ordinaire, jamais la cyanose ne s'était manifestée sous forme d'accès, jamais il n'y avait eu de phlyctènes ni d'œdème. J'instituai un

traitement anti-hystérique, antispasmodique, hydrothérapie, électrothérapie, traitement moral et hygiénique.

Les symptômes névrosiques s'amendèrent rapidement; les mains et les pieds récupérèrent insensiblement leur coloration et leur température normale ; au bout de deux mois de traitement, la malade ne présentait plus aucun symptôme morbide.

*
* *

Ces deux observations montrent bien ce qu'il faut entendre à mon avis, par *acrocyanose :* c'est une cyanose des extrémités ressemblant à celle de la maladie de Raynaud et à celle de l'œdème bleu de Charcot, mais en différant par plusieurs caractères importants. Tandis que la cyanose de Raynaud se manifeste par accès suivis d'une période de réaction, qu'elle s'accompagne de douleurs souvent très vives, qu'elle alterne souvent avec la syncope locale, qu'elle favorise la production de phlyctènes et de gangrènes, qu'elle produit l'abolition de la sensibilité cutanée des parties atteintes ; l'acrocyanose est permanente, elle donne lieu à des douleurs peu intenses, elle ne s'accompagne le plus souvent pas de syncope locale, elle ne provoque pas l'apparition de phlyctènes ou de gangrènes et ne produit aucune abolition de la sensibilité.

Tandis que l'œdème bleu de Charcot se caractérise par une cyanose avec œdème accompagnant une paralysie, une parésie ou une contracture et donne lieu à des douleurs très intenses ; l'acrocyanose au contraire, se montre sans œdème, sans paralysie, sans parésie, sans douleurs bien intenses.

La maladie de Raynaud, comme l'œdème bleu de Charcot et comme l'acrocyanose, reconnaissent toutes trois pour cause des perturbations des centres nerveux, mais cette dernière me semble être plus spécialement un phénomène hystérique vasomoteur.

On trouvera certes des cas atypiques au sujet desquels il sera difficile de se prononcer ; il n'en est pas moins vrai que l'acrocyanose typique existe.

Son pronostic est essentiellement bénin et son traitement, dans les cas analogues à ceux que j'ai observés se résume dans la médication anti-nerveuse,

M. Charpentier dit que ces faits ne sont pas nouveaux ; on en avait observé un certain nombre du même genre.

M. Crocq. — Je ne prétends pas avoir inventé une maladie nouvelle. J'ai voulu seulement distinguer cette forme clinique de la maladie de Raynaud. Du reste je considère l'acrocyanose comme un accident de nature hystérique.

M. Régis. — Il était intéressant dans ces cas d'étudier la température locale.

M. Crocq. — Elle était toujours abaissée. Je me suis basé sur un ensemble de symptômes pour différencier l'acrocyanose. En ce qui concerne la maladie de Raynaud, j'ai constaté que les mains étaient moins bleues que dans cette dernière affection.

Dr LAPOINTE. — **Simple notice sur la marche et la durée de la paralysie générale.**

Dans un rapport inédit sur le service médical de l'Asile d'aliénés de la Haute-Marne, qui remonte à 1869, j'exprimais l'opinion suivante au sujet de la marche et de la durée de la paralysie générale, opinion du reste, qui a continué à être confirmée à mes yeux par les données de la clinique. Voici cette opinion : « En lisant les différentes monographies et les « documents qui existent sur la paralysie générale, et ils sont « très nombreux, on apprend en général que cette affection « parcourt ses diverses périodes dans l'espace de trois à quatre « ans, et même dans un temps moins long. — Cette opinion à notre « avis, s'écarte de l'exacte vérité dans certains cas, et il serait « mieux de dire que cette maladie peut aboutir parfois à une « période stationnaire de démence, et se prolonger ainsi pen- « dant dix, quinze et même vingt ans. — Dans ces cas de « paralysie générale, les symptômes propres de la maladie,

« tels que l'empâtement de la langue et le bégaiement, les « contractions fibrillaires des muscles de la face, le tremble- « ment des extrémités supérieures, et même les manifestations « psychiques ordinaires disparaissent, et les malades restent « à l'état de déments purs et simples, que l'on considère « alors comme tels, et qui peuvent vivre ainsi le temps ordi- « naire de l'existence. — Il me paraît supposable, qu'il se « rencontre dans beaucoup d'Asiles, des malades de cette « catégorie, qui ne sont autres que des paralytiques géné- « raux, dont les symptômes propres de l'affection se sont « effacés. »

Je reproduisais cette même note dans un rapport également inédit, sur le service médical du même asile, pour l'année 1876. Je la faisais suivre alors de la réflexion suivante :

« En se reportant dans les registres matricules des asiles, « à l'entrée de certains malades, on est surpris de les trouver « signalés, comme étant atteints ou menacés de paralysie « générale, tandis que l'on a sous les yeux des déments ordi- « naires. On est alors porté à penser qu'il y a eu erreur de « diagnostic dès le début ; mais la vérité est que souvent les « manifestations propres de la maladie ont disparu. »

Jusqu'à 1885, je n'avais eu l'occasion d'étayer cette opinion de données nécroscopiques bien nettes ; mais à cette époque, j'ai pu faire pratiquer sous mes yeux, l'autopsie d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué une paralysie générale en 1870, c'est-à-dire quinze ans auparavant.

Voici l'observation de ce malade, relevée d'après les notes mensuelles du registre matricule, ainsi que les résultats de son autopsie.

« Le nommé S... Auguste, est entré à l'asile le 23 novembre 1869. Pas de renseignements sur ses antécédents. »

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine portent que le malade est dominé par des idées de persécution, autour desquelles se concentre tout le trouble intellectuel ; qu'il est déprimé et sans initiative, et qu'il présente des convictions de grandeur.

Les mêmes notes, pendant les années 1870 et 1871, sont les suivantes :

Démence avec réactions maniaques ; paralysie générale confirmée.

En 1872 et 1873, elles restent les mêmes ; on signale l'état de démence et d'incurabilité du malade, avec réactions maniaques comme précédemment ; idées de grandeur et de richesse. Dans ses périodes de calme, il se décide à travailler et le fait régulièrement. L'année 1874 ne relève rien de nouveau, sinon un état de calme plus uniforme et une rémission dans les symptômes proprement dits, et la marche de la paralysie générale.

En 1875, le malade subit à deux reprises différentes et à un intervalle de deux mois, deux crises épileptiformes passagères et sans conséquences fâcheuses.

A partir de cette époque, il ne présente plus rien de particulier, jusqu'à son décès qui a lieu le 22 avril 1885. Il vit en état de démence sans variations importantes. Il est attaché à la colonie de l'établissement, où il s'occupe régulièrement et arrive, par suite de l'habitude acquise, à rendre de bons services en soignant le bétail. Il ne faut pas lui demander de recueillir ses souvenirs, sur quoi que ce soit ; sa mémoire n'existe plus ; il n'a plus aucune idée du temps ; il est incapable de savoir l'année, le mois, le jour où il vit. Plus de sentiments affectifs ; les idées de famille et de pays ont disparu. Il travaille utilement, répétant automatiquement, à chaque jour, les actes de la veille. De ce tableau uniforme, qui comprend une période de plus de dix ans, se détachent néanmoins encore quelques idées de satisfaction et de grandeur, mais sans que l'on puisse constater les anciens signes pathognomoniques de l'affection, tels que contractions fibrillaires des muscles de la langue, des lèvres ou de la face.

Sa santé physique était bonne, sa résistance au travail n'avait en rien diminué, lorsque, le 22 avril 1885, il fut pris sans raison apparente d'une hématémèse abondante, qui l'a emporté rapidement.

AUTOPSIE

Elle a été pratiquée vingt-quatre heures après le décès, et a donné lieu aux constatations suivantes :

Le facies et l'habitus général ne présentent rien d'extraordinaire. Pas d'embonpoint, mais aucun degré non plus d'émaciation ou de marasme, comme on le voit parfois dans le cas de paralysie générale. — Le corps est très pâle, presque exsangue. La rigidité cadavérique existe à peine.

A l'enlèvement de la paroi abdominale, plusieurs anses intestinales affectent par transparence une teinte noirâtre, déterminée par une certaine quantité de sang provenant de l'estomac. Celui-ci renferme un caillot volumineux, et se trouve soudé inférieurement au pancreas et à l'épiploon gastro-splenique, par une masse squirreuse, dure et lardacée ; une sonde cannelée y découvre facilement l'ouverture béante d'une branche veineuse, qui a donné lieu à l'hémorragie. Les poumons sont exsangues, mais sains ; rien au cœur.

Le péricrâne ne présente rien à noter, il est peut-être un peu moins épais que dans la généralité des cas. Les os sont plus résistants ; la dure-mère adhère par place au squelette. — Cette membrane est incisée longitudinalement de chaque côté de la faux du cerveau ; de nombreux tractus fibreux existent entre les deux feuillets de l'arachnoïde, dont la cavité renferme de la sérosité en assez grande quantité.

Dans toute l'étendue de la partie supérieure des hémisphères cérébraux, mais surtout à gauche, elle présente de l'épaississement et des opalescences manifestes, avec soulèvement, par places, par de l'infiltration séreuse,

La pie-mère se détache sans trop de difficultés du cerveau ; mais elle est adhérente sur une partie du cervelet, dont on ne peut la détacher sans déterminer une érosion.

A la coupe, la substance cérébrale ne présente à l'œil nu

rien qui puisse être noté. Elle est de consistance ordinaire ; à peine piquetée en raison sans doute de l'état exsangue du cadavre.

Les circonvolutions sont amincies, comme on le remarque chez les sujets d'un âge avancé.

Les ventricules et notamment les latéraux sont dilatés et renferment une quantité importante de sérosité.

Les plexus choroïdes sont infiltrés, comme macérés et portent un certain nombre de kystes opalins, tels qu'on les rencontre fréquemment dans les cas d'épanchement ventriculaire. Athérôme de plusieurs des vaisseaux de la base du cerveau et de la protubérance annulaire.

Les résultats de cette observation, ainsi que de l'autopsie qui s'y rattache, confirment, d'une manière qui paraît évidente, le diagnostic de paralysie générale, porté quinze ans auparavant, et sont de nature à contribuer à établir de plus en plus cette opinion, à savoir que la paralysie générale peut avoir une durée beaucoup plus longue que celle qu'on lui assigne souvent, et que dans ce cas, il lui arrive même de perdre, avec le temps, ses manifestations pathognomoniques pour laisser les malades à l'état de simples déments, comme je l'ai indiqué plus haut.

M. Charpentier cite le cas d'un malade entré, en avril 1884, dans son service avec certificats constatant les signes de la paralysie générale ; il est resté dans l'état de gâtisme, de maigreur squelettique et de démence jusqu'en juillet 1896, époque de son décès. A l'autopsie, adhérences générales, de date ancienne, entre les méninges et les circonvolutions cérébrales. Ces cas de paralysie générale à longue durée sont moins rares qu'on ne le pense.

M. Régis. — Il est absolument impossible de formuler un diagnostic certain d'après le plus grand nombre des observations prises dans les Asiles, car elles sont toujours insuffisantes et incomplètes. Dans le cas de M. Lapointe, nous savons que le malade était mégalomane, mais est-ce en réalité de la paralysie

générale ? Nombreuses, en effet, sont les affections qui simulent la paralysie générale, la sclérose en plaques, l'alcoolisme chronique, certaines formes de syphilis cérébrale, etc.

M. Vallon. — Les cas de paralysie générale à longue durée, sans être très fréquents, ne sont cependant pas ausssi rares qu'on le croit communément. Mais, à cet égard, il convient de distinguer deux ordres de faits. La longue durée de la paralysie générale tient le plus souvent à ce que sa marche au lieu d'être progressive présente des *rémissions,* c'est-à-dire des périodes pendant lesquelles la plupart des symptômes ou même tous les symptômes s'atténuent plus ou moins, ou bien des *intermissions,* c'est-à-dire des phases où tous les symptômes disparaissent pour constituer des *guérisons temporaires.* A côté de ces cas, il en est d'autres, plus rares, dans lesquels la maladie, sans s'amender à proprement parler, s'arrête à une certaine période, se cristallise pour ainsi dire, pendant des années et des années ; il n'y a pas alors rémission, encore moins intermission, mais simplement *arrêt* dans l'évolution. J'ai observé un certain nombre de faits de cet ordre et j'ai actuellement dans mon service quelques paralysies générales arrêtées depuis plusieurs années, dont une depuis dix ans. Un de mes anciens internes, M. Ecart, vient même de soutenir à la Faculté de Paris une thèse sur *la paralysie générale à longue durée,* basée sur des faits de cet ordre recueillis la plupart dans mon service.

Il serait, on le conçoit, très important, en présence d'une paralysie générale, de pouvoir à l'avance dire si son évolution sera lente ou rapide. Or, je ne crois pas qu'il existe de signes pouvant servir de critérium pronostique. Cependant, en ce qui concerne les rémissions et les intermissions, je suis convaincu qu'elles sont beaucoup plus fréquentes dans la variété maniaque que dans les autres formes. Quant aux *arrêts,* on peut les prévoir, je crois, lorsqu'à une certaine période de la maladie, à la seconde ordinairement, on voit le malade prendre de l'embonpoint. Les paralytiques qui maigrissent, le plus souvent

meurent vite, ceux qui engraissent au contraire résistent plus longtemps.

M. Voisin. — Je suis depuis 1868 une femme atteinte de paralysie générale. Depuis 1875, elle est employée comme domestique par sa sœur, marchande aux Halles. Elle n'a pas changé, elle est toujours la même, avec une physionomie satisfaite et contente. Je la vois parfois, soit chez moi, soit aux Halles : la paralysie générale est arrêtée. J'ai trouvé chez des enfants des lésions cérébrales de paralysie générale : dure-mère épaissie et revêtue d'une couenne fibreuse.

M. J. Séglas. — J'ai observé autrefois pendant près de trois ans un malade qui présentait un ensemble de symptômes assez analogue à celui de la paralysie générale. Du côté mental, c'était un affaiblissement démentiel des facultés avec délire mobile, diffus, incohérent, contradictoire. Le malade exprimait parfois des idées hypocondriaques, de persécution, mais le plus souvent des idées de grandeur absurdes, empreintes de ce cachet de satisfaction niaise, béate, et de cette exagération invraisemblable qui sont presque le cachet de la mégalomanie paralytique. C'était un ancien officier et par exemple, bien qu'il n'eût jamais fait campagne, il prétendait avoir joué un rôle extraordinaire dans toutes les guerres du second et même du premier Empire, bien qu'il n'eût guère qu'une quarantaine d'années. A tout propos, il vantait sa force, son adresse, racontant des chasses imaginaires dans lesquelles il étouffait un lion en le serrant à la gorge d'une seule main, etc... Du côté physique, il y avait des troubles pupillaires, de l'embarras de la parole, de la faiblesse des jambes, etc... Si l'on se bornait à l'examen actuel, on pouvait donc se croire autorisé à penser à la paralysie générale. Mais d'un autre côté, ce diagnostic se trouvait quelque peu ébranlé par la notion des antécédents et de l'évolution de la maladie, remontant à une douzaine d'années au moins et paraissant s'être accompagnée depuis cette époque et dès le début des mêmes symptômes, ainsi qu'en

témoignaient des certificats émanés de plusieurs médecins, parmi lesquels des aliénistes fort connus, et mentionnant la paralysie générale. Ce cas m'a toujours paru des plus embarrassants à interpréter et aujourd'hui encore, pas plus qu'à l'époque où j'observais le malade, je n'oserais conclure. Je me borne à rappeler le fait sans commentaires.

M. Doutrebente. — Ces faits de paralysie générale à longue durée sont connus depuis longtemps. Lasègue et Falret les ont signalés. Le diagnostic exact de la paralysie générale est parfois très difficile. Il serait bon que le diagnostic différentiel de cette affection fût l'objet d'une étude, d'un rapport spécial.

M. Régis ne croit pas que les paralysies générales à longue durée soient si fréquentes, il n'en a jamais vu.

M. Paul Garnier. — Je partage l'opinion de M. Séglas et son doute. J'ai vu à l'Infirmerie générale du Dépôt beaucoup de vieux paralytiques. Je n'ai jamais trouvé un cas authentique remontant à plus de dix ans. Aussi ces durées de quinze et vingt ans me paraissent tellement rares que je n'y crois pas.

M. Arnaud rappelle que les adhérences et les épaississements des méninges sont loin d'être significatifs à l'autopsie, étant donné que l'examen histologique n'est pas encore caractéristique, tant qu'on ne sera pas d'accord sur la nature parenchymateuse ou interstitielle du processus type.

MM. F. RAYMOND et A. SOUQUES. — **Epilepsie partielle dans l'Acromégalie.**

Parmi les signes accessoires de l'Acromégalie, il en est un, *l'épilepsie partielle*, qui doit être véritablement exceptionnel. On ne le trouve point signalé dans les descriptions les plus récentes. Son existence cependant ne nous paraît pas douteuse ; elle nous semble ressortir nettement de l'observation suivante :

L... 54 ans, se présente à la consultation de la Salpêtrière, au mois d'août 1895. Il vient demander conseil pour des acci-

dents paroxystiques, qui remontent à deux ans environ, et qui occupent exclusivement le côté droit du corps.

Ce sont d'abord des fourmillements et des engourdissements qui commencent par les doigts de la main droite, et gagnent ensuite l'avant-bras, le bras et la face du côté correspondant. Bientôt quelques secousses convulsives se montrent dans les doigts, le membre supérieur et la moitié du visage. Cette crise dure trois à quatre minutes et, au bout de ce laps de temps, tout rentre dans l'ordre. Généralement les troubles sensitivo-moteurs se limitent au membre supérieur et à la face du côté droit. Parfois cependant le membre inférieur du même côté est parcouru par des fourmillements.

Habituellement la conscience est conservée. Une fois seulement le malade a perdu connaissance : revenu à lui, il resta aphasique pendant une demi-heure.

Ces crises paroxystiques se sont renouvelées depuis l'origine avec les mêmes caractères, environ tous les quinze jours. Elles ont fini par occasionner une légère parésie du membre supérieur, avec dysesthésie à l'extrémité des doigts, qui gêne le malade dans l'exercice de sa profession.

Point n'est besoin de discuter sur l'authenticité de cette épilepsie Bravais-jacksonienne. L'intérêt du cas réside d'ailleurs dans la cause des accidents.

Eh bien ! nous n'avons pu, malgré un examen méthodique et prolongé, retrouver l'une ou l'autre des conditions habituelles de l'épilepsie partielle : traumatisme, syphilis, tuberculose, etc. Notre homme n'a jamais été malade, il est solide et vigoureux et rien, dans le passé ou dans le présent, ne permet de supposer l'existence d'une tumeur cérébrale proprement dite.

Par contre, il est atteint d'acromégalie. Depuis plusieurs années, ses mains, ses pieds, sa tête ont considérablement augmenté de volume. Il présente, en outre, une cyphose dorsale très manifeste, de la céphalée sourde et des troubles oculaires tels qu'un rétrécissement irrégulier du champ visuel.

Y a-t-il simple coïncidence entre l'épilepsie partielle et son acromégalie. N'y a-t-il pas plutôt une relation de causalité ?

On peut assurément invoquer toujours en pathologie la pure coïncidence. Mais nous ne croyons pas que pareille opinion soit légitime, dans le cas présent. Nous pensons, au contraire, que l'épilepsie est ici sous la dépendance directe de l'acromégalie. En effet, nous venons de voir qu'il n'existait, chez ce malade, aucune des causes habituelles de l'épilepsie jacksonienne. D'autre part, l'acromégalie peut en rendre compte elle-même pour la raison suivante :

On sait que, dans l'acromégalie, l'hypophyse est augmentée de volume au point d'atteindre ordinairement la grosseur d'un œuf de pigeon et quelquefois celle d'un œuf de poule. Il s'agit d'une sorte d'adénome de la glande pituitaire, qui refoule et comprime les parties voisines. Cette hypertrophie de l'hypophyse explique un certain nombre de signes: céphalée, troubles oculaires, dont l'analogie avec les troubles oculaires et la céphalée des véritables tumeurs cérébrales n'a pas besoin d'être démontrée.

Bref, l'hypertrophie de la pituitaire peut être légitimement assimilée à une tumeur cérébrale. Dans ces conditions, l'épilepsie partielle, que nous venons de rapporter, trouve une explication toute naturelle et une cause rationnelle dans l'hypertrophie de l'hypophyse. Elle reconnaît le même mécanisme que l'épilepsie partielle des tumeurs cérébrales proprement dites, situées en dehors des centres moteurs, qu'elles actionnent à distance par voie réflexe.

MM. F. RAYMOND ET A. FOUQUES. — **Paraplégie spasmodique familiale.**

Deux sœurs, âgées l'une de dix-neuf ans et l'autre de quinze ans, présentent une paraplégie spasmodique progressive, ayant débuté chez toutes les deux d'une manière insidieuse et sans cause connue.

Chez l'aînée, le début s'est fait, vers l'âge de neuf ans, par le membre inférieur droit. Puis le membre inférieur gauche est

devenu raide à son tour. Progressivement la rigidité s'est accusée et, vers quinze ans, la marche a été tout à fait impossible. Plus tard, et peu à peu, la rigidité a commencé à envahir le tronc et les membres supérieurs. Actuellement la contracture est extrême aux membres inférieurs, à tel point que la cuisse droite chevauche sur la gauche. Le tronc et les membres supérieurs sont un peu raides, mais tous les mouvements y sont possibles et assez faciles.

Chez la cadette, le début remonte à l'âge de douze ans. La rigidité a commencé par le membre inférieur gauche et envahi ensuite le membre opposé. Aujourd'hui tout se borne à une paraplégie qui permet encore la marche. Le tronc et les membres supérieurs sont intacts.

Les réflexes rotuliens sont exagérés chez les deux malades, mais la trépidation épileptoïde ne peut être provoquée. Tout se borne, du reste, à cette contraction des muscles volontaires. La sensibilité objective et subjective a toujours été et est encore intacte. Il n'y a ni trouble trophique ni trouble électrique. Les sphincters fonctionnent régulièrement. L'intelligence est absolument normale.

Cette observation est à rapprocher des faits analogues rapportés par Strumpell, Erb, etc.

Il ne s'agit ni d'une lésion spinale en foyer, ni de sclérose en plaques, ni de mal de Potte, ni d'hystérie. Il ne s'agit pas davantage de maladie de Little proprement dite, car les deux malades sont nées à terme et sans dystocie.

Il s'agit d'une maladie héréditaire, familiale. Il n'y a cependant dans la famille aucune affection du même ordre, mais on y trouve l'alcoolisme invétéré chez le père et chez le grand-père paternel. Il semble, d'autre part, que les deux malades aient été conçues en état d'ivresse paternelle.

Le substratum anatomique de la paraplégie spasmodique familiale est mal connu. Il n'existe qu'une seule autopsie, due à Strumpell, dans laquelle on trouva une *sclérose combinée* des faisceaux pyramidaux, des cordons de Gall et des faisceaux cérebelleux directs. Cette sclérose restait localisée à la moelle.

Certains auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'une *sclérose primitive et isolée* des faisceaux pyramidaux, mais il est nécessaire de faire des réserves à cet égard. En attendant de nouvelles autopsies, on peut placer la paraplégie spasmodique familiale progressive, à côté de la maladie de Friedreich, dans le cadre des affections héréditaires. Elle semble l'expression d'une débilité héréditaire de certains systèmes des centres nerveux, due peut-être à la syphilis ou à l'alcoolisme des parents, et entraînant leur régression évolutive prématurée.

Sur une observation de M. Doutrebente, il est convenu que les membres du Congrès présents aux séances auront la priorité pour la lecture de leurs communications.

Dr LAURENT. — **Cas d'insensibilité physique.**

Je désire signaler au Congrès le fait d'insensibilité physique inouïe suivant :

Un annamite, voleur de profession, fut arrêté et enfermé à la prison de Soctrang (Cochinchine), mis par le pied droit à la barre de justice, comme un malfaiteur dangereux, et les menottes aux mains.

Pendant la nuit, il trouva moyen de s'appuyer les parties génitales sur la barre et, à deux mains, avec ses menottes il se mit à les écraser, dans le but de se suicider. Il se livra à cette opération pendant quatre heures (1) puis s'évanouit. Le lendemain à la visite on constata la castration complète, par écrasement, les quelques brides qui restaient furent sectionnées au ciseau.

Pendant les quelques semaines que dura le traitement le malade ne présenta rien d'anormal au point de vue mental, au moins en apparence, car il ne parlait pas le français.

(1) Les codétenus attachés à la même barre ne se dérangèrent pas pour si peu, et ce furent eux qui précisèrent cette durée de quatre heures.

Les mutilations volontaires sont d'ailleurs fréquentes et stoïquement supportées par les annamites. Il n'est pas rare de les voir se couper un doigt ou se blesser à la tête pour affirmer leur droit, au cours d'une discussion.

Ces mœurs singulières ont un écho dans les codes annamites ou chinois qui condamnent à l'amende et à des dommages-intérêts envers la famille celui chez qui ou devant la maison de qui un homme s'est tué en l'accusant d'avoir provoqué son suicide.

La loi juge ainsi que l'accusé devait avoir des torts bien grands envers le suicidé, pour que celui-ci ait eu recours à un mode d'affirmation aussi énergique afin d'en faire la preuve.

MM. GILBERT BALLET et A. DUTIL. — **Sur les lésions des cellules spinales consécutives à la résection d'un tronc nerveux ou à l'anémie de la moelle par compression ou ligature de l'aorte.**

L'étude des lésions fines de la cellule nerveuse présente un grand intérêt, non seulement au point de vue de la pathologie du système nerveux proprement dite, mais aussi au point de vue de la pathologie mentale, car si l'on arrive à trouver à certaines psychoses un substratum anatomique, c'est vraisemblablement en cherchant à pénétrer, autant que la technique histologique le permettra, les modifications délicates qui peuvent se produire dans le protoplasma cellulaire.

Nous avons étudié les altérations qui surviennent dans les cellules des cornes antérieures de la moelle, dans diverses affections cliniques et expérimentales. Nous avons, pour cela, utilisé non seulement les techniques et les matières colorantes anciennes (picro-carmin, hématoxyline) mais encore et surtout le procédé de durcissement et de coloration connu sous le nom de *méthode de Nissl.*

On sait que, dans le protoplasma des éléments nerveux colorés par ce procédé, on découvre des granulations, qu'on désigne sous le nom de granulations chromatophiles, et, dans

l'intervalle de ces dernières, une substance amorphe. Cet aspect du protoplasma se modifie profondément quand la cellule est lésée.

Nous rappellerons tout d'abord que, dans les cas de polynévrite, il est habituel de rencontrer dans la moelle des altérations cellulaires : tuméfaction de la cellule qui prend des contours arrondis, tendance du noyau à se porter à la périphérie de l'élément, amincissement des prolongements. Il y a lieu de se demander si ces altérations sont contemporaines de celles des nerfs ou si elles leur sont consécutives. Les recherches poursuivies par Nissl, par Onufrovitz, par Marinesco et par nous-même, sur l'état des cellules médullaires consécutivement à la résection d'un nerf, tendent à prouver que ces lésions sont subordonnées à la névrite.

En effet, en pareille circonstance, certaines des cellules de la corne antérieure, du côté correspondant au nerf (sciatique) réséqué (les expériences ont été faites sur le cobaye), se tuméfient, leurs prolongements s'amincissent et se décolorent, quelquefois se rompent ; assez souvent le noyau est ectopié. Mais l'altération la plus constante, c'est la dissolution d'une partie des granulations chromatophiles, particulièrement de celles qui entourent le noyau. Il est facile de constater ces lésions sur les préparations que nous faisons passer sous les yeux du Congrès. On voit que, dans ces expériences, la section du prolongement cylindraxile du neurône amène la destruction partielle de la partie centrale de ce neurône (*cellule nerveuse*).

Mais la cellule peut être altérée par des injures directes, comme cela a lieu dans les infections, dans les intoxications. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur les altérations produites par cet ordre de causes. Déjà, au Congrès de médecine de Bordeaux, l'un de nous a communiqué quelques faits de cette catégorie (G. Ballet et Lebon).

Il y a un procédé expérimental qui permet de léser aisément les cellules spinales, c'est celui qui consiste à lier ou simplement à comprimer l'aorte. Les altérations des éléments nerveux sont d'autant plus accusées que l'anémie de la moelle, produite par la ligature ou la compression, a été plus forte.

Les pièces que voici sont relatives à un cobaye sacrifié après ligature de l'aorte. Les altérations des cellules sont profondes, disparition de beaucoup d'entre elles, vacuolisation de quelques-unes, rupture des prolongements et des corps cellulaires. Elles sont beaucoup moins marquées sur ces autres coupes qui proviennent d'un cobaye, rendu temporairement paraplégique, quatre fois dans la même journée, par compression de l'aorte, et sacrifié le lendemain, alors qu'il avait, depuis la veille, recouvré les mouvements du train postérieur. Notez que les lésions, sauf qu'elles portent sur un plus grand nombre de cellules, sont ici, quant à leur aspect, sensiblement les mêmes que celles déterminées par la résection d'un nerf.

M. Marinesco a émis l'idée que dans le cas de lésion produite par injure directe faite à la cellule, les altérations seraient autres que celles observées à la suite de la lésion d'un tronc nerveux : la dissolution des granulations chromatophiles commencerait par la périphérie de l'élément tandis que, nous l'avons dit, ce serait le protoplasma périnucléaire qui serait altéré tout d'abord chez les animaux dont on sectionne le prolongement cylindraxile de la cellule ; la rupture des prolongements, l'état vacuolaire s'observeraient dans le premier cas, non dans le second. Il n'est pas douteux qu'en fait il est d'ordinaire facile de reconnaître, à l'inspection d'une coupe, si celle-ci provient d'une moelle anémiée ou d'une moelle lésée consécutivement à une section nerveuse : les altérations discrètes, dans le second cas, sont d'ordinaire beaucoup plus accusées dans le premier. Mais nous devons dire que chez les cobayes chez lesquels par des anémies transitoires et répétées de la moelle, nous sommes arrivés à déterminer des lésions peu intenses et, à certains égards, comparables à celles que produit la résection d'un nerf, nous n'avons pas constaté la localisation de la chromatolyse telle que l'a indiquée M. Marinesco. Ce qui nous porte à penser que cette localisation serait éventuelle et contingente et n'aurait pas la valeur spécifique qu'on lui a attribuée. En pareille matière, il faut d'ailleurs bien distinguer les différences d'aspect qui tiennent au degré plus ou moins accusé des lésions ou à leur nature.

Le point sur lequel nous voulons insister c'est que, chez le cobaye, les altérations des granulations chromatophiles peuvent persister (nous chercherons plus tard pendant combien de temps) alors qu'a disparu le trouble fonctionnel engendré par l'anémie de la moelle : je vous ai dit que l'un de nos animaux avait cessé d'être paraplégique quand il a été sacrifié. Et cependant vous pouvez constater que la presque totalité des cellules des cornes antérieures lombaires sont lésées : dans quelques-unes les granulations chromatophiles sont encore reconnaissables, mais elles sont à demi effacées et tendent à se confondre avec le protoplasma ; dans beaucoup d'autres, la chromatolyse est complète. A moins que l'on admette qu'au moment où il a été sacrifié, le cobaye marchait avec les quelques cellules restées à peu près intactes (ce qui est peu vraisemblable vu le petit nombre de ces dernières) il faudrait donc enlever aux granulations chromatophiles la propriété kinétogénétique, que beaucoup de faits recueillis jusqu'à ce jour paraissaient autoriser à leur attribuer.

A un autre point de vue, il est intéressant de constater que des lésions expérimentales du protoplasma cellulaire peuvent s'accompagner de troubles fonctionnels transitoires. Il n'est pas invraisemblable qu'on puisse rencontrer de semblables altérations chez certains vésaniques.

M. Sabrazès.— Il faudrait étudier si ces lésions sont transitoires ou durables. Si elles sont transitoires, il serait intéressant d'étudier leur réparation. A propos de la méthode de Nissl, je demanderai à M. Ballet quelle technique il a employée, car cette méthode a reçu de nombreuses modifications. A-t-il chauffé ? A-t-il employé l'alcool absolu ? Enfin, je crois qu'on peut rattacher ces paralysies à des paralysies par infection.

M. Gilbert Ballet. — Evidemment il serait intéressant d'étudier le mode de réparation de ces lésions. Quant à la technique employée, elle a été bonne, et je suis certain qu'il n'y a pas eu d'erreurs de commises. Les lésions observées, quoique transitoires, paraissent néanmoins sérieuses.

SÉANCE DU LUNDI 3 AOUT (SOIR)

Présidence de M. PITRES, Président

La séance est ouverte à deux heures. La parole est donnée à M. Lamacq qui résume verbalement son Rapport sur la seconde question : Séméiologie des tremblements, et présente de nombreux tracés fort intéressants,en particulier des tracés montrant le tremblement chez une personne qui n'avait pas de tremblement apparent perceptible par la vue ni par le toucher.

M. Pitres remercie les membres du Congrès d'avoir apprécié le véritable tour de force fait par M. Lamacq en rédigeant en trois semaines un Rapport qui demandait un an de travail.

M Crocq. — Je ne suis pas de l'avis de M. Lamacq sur l'existence des tremblements à l'état normal ; je crois que les sujets que l'on considère comme normaux et chez lesquels on a constaté du tremblement étaient, en réalité, des neurasthéniques ou des alcooliques. Je ferai remarquer, du reste, que M. Lamacq a expérimenté sur des méridionaux, qui sont pour la plupart entachés de nervosisme ou d'alcoolisme ; c'est pour cela sans doute qu'il a rencontré une proportion égale de trembleurs dans le sexe masculin et dans le sexe féminin. Cette proportion, j'en suis convaincu, serait modifiée, si l'on expérimentait sur les habitants du Nord. En Belgique, en particulier, il y a beaucoup plus d'hommes qui tremblent que de femmes, parce que les femmes sont peu émotives et que les hommes sont souvent des alcoolisés. Ce qui démontre encore que l'alcoolisme joue un rôle dans la production de ce tremblement,

c'est que celui-ci est beaucoup moins fréquent dans les classes aisées que dans les classes pauvres où les habitudes d'intempérance sont plus répandues.

En ce qui concerne les tremblements atypiques ou les associations des tremblements avec des mouvements ataxiformes et choréiformes signalés par M. Lamacq, je crois que dans le plus grand nombre des cas ils doivent être attribués à la coexistence de l'hystérie avec une affection organique. Chez une malade atteinte de sclérose en plaques que j'ai observée et qui présentait, en dehors du tremblement typique de cette affection, des mouvements arythmiques, j'ai pu faire disparaître par la suggestion les mouvements anormaux surajoutés au tremblement de la sclérose en plaques : je me crois donc autorisé à dire que les premiers relevaient de l'hystérie et je ne suis pas éloigné de croire qu'il en est souvent ainsi.

M. Delmas. — Je regrette que M. Lamacq ne nous ait pas parlé des modifications de l'écriture dans les tremblements. Chez des jeunes filles atteintes de tremblement et que j'ai eu l'occasion d'observer, l'écriture avait tous les caractères de celle du vieillard ; elle s'améliorait au fur et à mesure que le tremblement diminuait.

Dr DELMAS. — **Clinique hydrothérapique de l'Hôpital Saint-André.**

Tremblement spasme rythmé avec stigmates hystériques tardifs, chez un jeune homme de dix-neuf ans, datant de huit jours et paraissant avoir pour origine un traumatisme remontant à cinq années. Hydrothérapie et médication bromurée pendant deux mois et demi. Guérison du tremblement et du spasme rythmé.

Dans un premier mémoire sur le tremblement hystérique dans le sexe féminin, nous avons publié quelques faits recueillis

dans notre clinique hydrothérapique de Saint-André (1).

Dans tous ces cas, le tremblement était simple et sans caractère fonctionnel, ni spasme violent. Les stigmates hystériques faisaient rarement défaut.

L'altération de l'écriture était typique et la guérison ou une amélioration accentuée de la manifestation hystérique avait été obtenue, sauf dans deux cas, où le tremblement n'était que le début insidieux d'une paralysie agitante

Le fait actuel appartient au sexe masculin. Ce n'est plus un simple tremblement. Il s'y joint un spasme rythmé. Malgré l'obscurité et l'originalité de ses débuts, il semble bien rentrer dans la sphère de la grande névrose.

En présentant le malade à la Société de Médecine de Bordeaux au mois d'octobre 1895, en pleine évolution morbide et au début de son traitement hydriatique, nous avons eu la bonne fortune de le soumettre au savant président de notre Congrès de Nancy.

Nous lui avions promis d'achever son histoire. Quelle meilleure occasion, en vous l'offrant aujourd'hui, de rendre ainsi hommage à tous les travailleurs, ayant porté leur investigation sur ce syndrome clinique, dont la séméiologie est soumise à l'examen du Congrès.

M. P. a été inscrit à la clinique (n° 340. Hommes) le 19 octobre 1895.

C'est un jeune homme assez bien constitué, de taille moyenne, âgé de dix-neuf ans, doué d'un tempérament nerveux, intelligent, s'exprimant avec facilité.

Antécédents. — Enfant, il a joui d'une excellente santé ; à douze ans, fièvre typhoïde, ne laissant aucune trace. A quatorze ans, il reçoit d'un camarade un coup de fusil dans la région orbitaire droite ; l'œil n'est pas atteint. Tout petits, les

(1) Tremblement hystérique. Docteur P. Delmas, inspecteur du service hydrothérapique des hôpitaux de Bord. — Paris. O. Doin éditeur, 1895.

grains de plomb ont criblé la peau et déterminé une hémorragie abondante.

Aujourd'hui encore on les sent rouler sous les doigts autour de l'orbite.

Au moment de l'accident, pas de crise nerveuse, mais émotion bien naturelle. A peine guéri, il a l'influenza; à la suite, grande faiblesse, longue convalescence.

Hérédité. — Consanguinité. — Père et mère nerveux, jouissant d'une bonne santé. Il a deux sœurs aînées. L'une, témoin du coup de fusil, est prise d'une hystérie classique, bien guérie à notre clinique de Saint-André.

Fait singulier : l'autre sœur l'accompagnant aux douches, aperçoit une jeune fille, atteinte d'un tremblement trépidatoire intense occupant tout un côté du corps. Très émotionnée à cette vue, peu après, elle est prise à son tour d'une hystérie intense mais à forme anormale, dont nous ne la guérissons qu'à la longue, avec l'eau froide et la médication bromurée.

Début. — Evolution. — Tout à coup, le 12 octobre dernier, au repas du soir en famille, M. P. est pris d'un clignotement léger dans l'œil droit et d'un spasme rythmé dans la jambe du même côté. En même temps, il se sent pénétré d'un sentiment de tristesse indéfinissable et non motivé. Aucune cause morale ou physique ne pouvait être invoquée. La spontanéité semblait complète, sauf l'existence de l'antécédent traumatique, remontant à cinq ans et non suivi d'accidents nerveux immédiats.

Ce premier accès de spasme rythmé dure environ quarante minutes; puis, il cesse brusquement, comme il est venu.

Peu après, M. P. se couche. A peine au lit, pleurs sans motifs et réapparition du spasme, mais du côté opposé, envahissant à la fois le bras et la jambe gauches avec accentuation dans le membre supérieur.

Pleurs et spasmes durent environ une heure et demie. Ils cessent spontanément ; un sommeil paisible termine la nuit.

A cinq heures, réveil. Le spasme reparaît aussitôt, bien accusé à gauche dans le membre supérieur, à peine dans le membre inférieur, sans s'accompagner de pleurs, ni de tristesse comme la veille. Durée : une heure.

C'était le dimanche 13 octobre. Pendant la journée, cinq à six petites crises de dix à quinze minutes de durée chacune, sans pleurs, ni tristesse, bien que le matin il eût commis l'imprudence d'aller prier au cimetière.

Le soir à la foire, étant très calme et distrait, on tire près de lui un coup de pistolet Flobert. Tout aussitôt le spasme reparaît pendant quatre à cinq minutes à peine et chaque nouvelle détonation le ramène.

De retour chez lui, aussitôt couché, nouvel accès, d'une heure de durée, sans pleurs, ni tristesse. Ces deux derniers symptômes ont disparu. Sommeil paisible ; au réveil, pas de spasme. Se sentant assez bien, il va à son bureau, ne songeant plus à l'accident de la veille.

Mais à peine assis et prenant la plume, crise des plus intense pendant une heure et demie, obligation de cesser tout travail.

Depuis lors, tout essai pour reprendre la plume, augmente aussitôt l'intensité du spasme s'il existe à ce moment-là ; et, s'il n'existe pas, il n'a pas écrit depuis trois à cinq minutes, qu'il reparaît et l'oblige à s'arrêter.

Ce dernier phénomène rappelle assez bien celui observé chez certains professionnels atteints de crampe fonctionnelle, mais avec cette différence capitale, que chez ces derniers, le spasme ne reparaît que lorsqu'ils exécutent le mouvement normal, point *initial*, de la crampe consécutive.

Ne pouvant travailler à son bureau, il se retire et, toute la journée, séries de courtes et faibles crises, comme la veille.

Le soir et la nuit, toujours mêmes évolutions. Grande crise à peine couché, puis, sommeil paisible. Au réveil, pas de crise.

On l'envoie à la campagne. Il court toute une journée en pleins champs et se fatigue beaucoup. Rentré le soir, crise plus faible et bon sommeil. Malgré ce rapide effet, les deux jours

suivants, nouvelles crises et il se présente à la clinique le vendredi 18 octobre, septième jour du début.

État actuel. — Malgré une exploration des plus attentives, nous ne trouvons aucun stigmate hystérique. Seul, les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. Mais ni clou sincipital, ni point rachialgique, ni analgésie, ni hypéresthésie superficielle ni profonde de la peau et des muqueuses.

Aucun trouble oculaire apparent ; mais nous nous proposons de le soumettre à l'examen du Dr Sous.

Caractéristique. — Les membres supérieur et inférieur gauches sont seuls le siège d'un spasme nettement rythmé, surtout au membre supérieur, où il est beaucoup plus intense et apparent.

L'épaule en est le centre. Il consiste surtout en des saccades imprimant un mouvement régulier d'élévation et d'abaissement rapide de tout le membre supérieur. Si l'on fait étendre le membre horizontalement, ou s'il exécute un mouvement volontaire pendant que le spasme existe, tout aussitôt celui-ci augmente d'intensité et devient très légèrement irrégulier.

Le même fait se produit, s'il essaie d'écrire de la main droite ; ou bien s'il n'existe pas, le spasme se réveille dès que le malade a tracé quelques lignes.

Toutes les crises fortes ou faibles se terminent par cinq à six saccades plus fortes et plus espacées.

Diagnostic. — La forme de ce mouvement morbide est bien rythmée et saccadée tout à la fois. Il est involontaire et en dehors des crises ; il ne reparaît dans le membre supérieur gauche, que s'il persiste à le mouvoir et à lui faire développer un effort plus ou moins continu.

Il ne saurait donc être confondu avec les trois formes de tremblement établies par M. Pitres : *trépidatoire, vibratoire* ou *intentionnel.* De même, il ne rappelle en rien les mouvements

désordonnés du choréique, tout en affectant la forme classique, exempte de contracture.

Malgré l'ancienneté de l'accident signalé (coup de fusil), il semble se rattacher au type *émotionnel hystéro-traumatique*.

Ces forme et origine des spasmes rythmés sont encore rares. On compte les faits.

Etat de la vision. — L'examen des organes de la vision pratiqué par le Dr Sous semble bien confirmer ce diagnostic. Voici la note remise.

« Au niveau du sourcil droit et dans l'épaisseur de la pau-
« pière supérieure du même côté, il y a deux grains de plomb,
« qui n'occasionnent aucune douleur et ne gênent nullement
« les mouvements de la paupière.

« Léger strabisme convergent alternant. L'œil gauche est
« emmétrope, avec une acuité de la vision égale à 2/3, et avec
« amplitude de l'accommodation de quatre dioptries.

« L'œil droit est emmétrope avec une acuité visuelle nor-
« male et une amplitude de l'accommodation de cinq dioptries.

« Le champ visuel est rétréci dans les deux yeux, surtout
« en dehors. Rien de particulier pour la sensation des cou-
« leurs. »

Malgré l'absence de stigmates hystériques caractéristiques, et de crises classiques, nul doute, que nous ayons affaire à une hystérie traumatique fruste et la suite de l'observation de ce cas intéressant semble l'avoir bien démontré.

Traitement.— Evolution. — M. P. est soumis à une douche en jet très brisé à 33°, prolongée pendant deux minutes et administrée sur tout le corps et la tête avec terminaison d'un jet chaud et froid énergique sur les extrémités inférieures.

Malgré cette atténuation considérable du *choc thermique*, le spasme rythmé subit chaque fois une recrudescence passagère ou reparaît pendant quelques minutes.

Nous joignons à la douche le bromure de potassium à la

Mercredi 23 octobre, à 9 h. du matin

Enfin, il ne s'agissait pas, à
heure présente, d'investir ce palais
fait pendant un moment de calme

23 octobre, mercredi après midi

Vendredi 25 Octobre 1891
Enfin il ne s'agissait.
mais à l'heure présente,
fait pendant un
Enfin, il ne s'agissait pas, à
l'heure présente, d'investir ce
palais.
fait le 20 Novembre 1895.

Le type ci-dessous, à forme servile, a été récemment recueilli chez une jeune malade améliorée, mais non guérie, et dont nous avons déjà publié l'histoire (1). Le voici :

(1) Loco citato abs. I, pag. 9.

commune de Pujols,
Marie Louise sur ciron
A B C D E F G
A R S T L M
Le 13 Juin 1896

dose de 2 grammes et l'hydrate de chloral à la dose de 1 gramme par 24 heures.

Ce traitement mixte est continué régulièrement jusqu'à fin décembre, soit deux mois et demi, pendant lesquels il a pris soixante séances hydriatiques, une par jour, dimanches et fêtes exceptés.

Pendant sa durée, le malade a été trois fois à la campagne, pendant un à trois jours, se livrant à de grandes promenades à travers champs. Il en a retiré des effets momentanés.

Voici à grands traits la suite de son traitement et de l'évolution de sa névrose.

Mercredi 6 novembre. — Dix-huitième jour de traitement, quatorzième douche, le spasme rythmé a diminué beaucoup, surtout la forte crise du soir. L'appétit, nul au début, aujourd'hui exagéré, presque de la boulimie. Sommeil assez bon, possibilité de travailler quelques heures à son bureau.

Toujours très sensible à l'impression thermique, il est encore aux douches en jet brisé *tièdes*, dont il se trouve fort bien. A la température de 33°, cette douche lui paraît encore très fraîche, preuve d'une certaine hypéresthésie thermique.

Mercredi 20 novembre. — Le tremblement et le spasme rythmé ont presque disparu complètement. Lui faisant allonger les bras horizontalement, quelques rares mouvements reparaissent, indiquant le peu de solidité de la guérison.

Un incident vulgaire en donne bien la preuve et, du même coup, fait apparaître la crise hystérique classique, restée jusqu'ici à l'état larvé.

Étant à table, un de ses amis parie de casser une noix d'un coup de poing, ce qu'il exécute en faisant bruyamment entrechoquer verres et assiettes, sans les briser.

Quoique suivant des yeux cette petite prouesse, M. P. est saisi par le bruit ; tout aussitôt, le mouvement rythmé et saccadé reparaît légèrement dans l'épaule et le bras gauches. Durée, 10 minutes à peine, arrêt spontané.

Il se lève de table, accompagne un visiteur à la porte ; puis, tout à coup, revenant sur ses pas, sanglots, larmes abondantes, étouffements, boule hystérique et mouvements classiques, envahissant successivement les quatre membres ; de temps à autre il croise ses deux bras convulsivement sur sa poitrine.

On l'amène respirer au grand air dans le jardin. Peu à peu la crise disparaît en quinze minutes environ, et tout aussitôt le spasme rythmé reparaît pendant vingt minutes. La promenade est continuée, puis, le calme, revenant, il rentre, se couche et s'endort paisiblement.

Au réveil, légère lassitude.

Pour compléter la physionomie de ce tableau, ajoutons que, la veille au soir, il avait eu une légère dispute à table avec une de ses sœurs.

Voici les divers spécimens de son écriture, pris en diverses circonstances. Malgré sa déformation, elle n'offre pas le caractère *sénile*, dirons-nous volontiers, si bien noté dans les observations de tremblements recueillis dans le sexe féminin.

Au début, le spasme était si intense qu'il n'a pu me donner le premier spécimen d'écriture que le 21 octobre, et encore au commencement d'une crise plus accusée.

Mercredi 21 novembre. — Guérison apparente, mais très superficielle encore, car il suffit de faire allonger le bras horizontalement pour réveiller un léger tremblement.

Le travail de bureau est encore mal supporté. A la moindre fatigue, obligation de le suspendre, sinon le spasme reparaît. Comme toujours, chaque crise cesse brusquement après avoir été précédée de deux ou trois contractions et saccades isolées, espacées et beaucoup plus fortes.

Depuis quelques jours seulement, M. P. accuse la sensation d'un *tremblement intérieur non apparent* dans les deux membres supérieurs. Cette sensation revient plusieurs fois par jour comme un accès de quelques minutes à un quart d'heure de durée.

Nous avons déjà noté l'existence très accusée de ce

symptôme chez une malade de notre précédent mémoire (1).

Le matin, au réveil, existe toujours une grande lassitude.

Du 28 novembre au 10 décembre. — La guérison fait de grands progrès, bien que de temps à autre le tremblement reparaisse encore pendant quelques minutes.

A partir du *15 décembre,* la guérison semble assurée. On cesse le traitement hydriatique fin décembre et depuis quelques jours la solution bromurée ne contient plus de chloral.

Insensiblement la douche a été ramenée, *non sans peine,* à la température de 24°-25°. Il n'a pu supporter au-dessous. Au moment de signer son exeat, nouvel examen assez complet.

Etat de guérison du tremblement et du spasme rythmé. — Etat général satisfaisant, grand appétit, bonne mine, sommeil parfait. Travail de bureau repris régulièrement, mais avec prudence. Celui-ci consiste surtout en des additions et soustractions interminables, répétées chaque jour.

Les bras étendus horizontalement, pas de mouvement insolite, sauf un peu de lassitude.

Nous perdons ce malade de vue plusieurs mois. Au moment de coordonner nos notes journalières, nous tenons à le revoir. Bien nous en a pris, car il nous signale un incident nouveau, que nous livrons à votre appréciation.

Il nous confirme le maintien de sa guérison, sauf la persistance d'un sentiment de lassitude, musculaire et nerveux, lui imposant toujours un certain ménagement.

Les bras étendus horizontalement et gardés ainsi jusqu'à la lassitude, pas le moindre mouvement insolite ni sensation de tremblement intérieur. Quant à l'appétit, aux forces générales et au sommeil, rien à désirer.

Seulement, il y a trois semaines, se promenant au Jardin des Plantes, tout à coup, il a éprouvé la sensation très nette du choc d'un caillou à la tempe droite, au point même où il avait reçu le coup de fusil cinq ans auparavant.

(1) *Loco cit.*, Obs. III, p. 21.

Cette sensation, aussi rapide que l'éclair, a été si nettement perçue que, croyant bien avoir reçu un coup de caillou, il en recherche l'auteur.

Cinq jours plus tard (il y a 15 jours environ), même choc sensationnel en travaillant à son bureau, il s'aperçoit alors qu'il est dupe d'une illusion.

Enfin, il y a huit jours à peine, encore même phénomène.

Pour terminer, notons que l'œil droit s'est légèrement rapetissé au fond de l'orbite. On dirait à s'y méprendre un œil artificiel très bien fait. On retrouve toujours les mêmes grains de plomb, égarés sous les paupières. Il les sent lui-même rouler, pour ainsi dire. Il n'en souffre pas, mais dès qu'il travaille d'une façon exagérée, tout aussitôt la sensation ci-dessus s'accuse davantage. Il y a de la gêne, l'œil devient larmoyant et la vue est troublée.

Jé prie notre collègue M. Sous d'examiner de nouveau M. P., il me fait parvenir la note suivante.

« Le malade se plaint d'être ébloui par une vive lumière ;
« cependant une vive lumière est très bien tolérée et même
« supportée avec plaisir, quand il met devant les yeux un verre
« jaune d'urane.

« Dans chaque œil, *la conjonctive oculaire présente des points*
« *anesthésiques*, surtout au-dessous de la cornée.

« Les deux yeux sont emmétropes. Les pupilles sont nor-
« males et la contraction est régulière.

« A gauche, l'acuité de la vision est égale à deux tiers. Elle
« est égale à un à l'œil droit.

« Le malade ne peut fixer longtemps un objet rapproché. Il
« y a asthénopie accommodative.

« La puissance d'accommodation est faible et très variable.
« Pour l'œil gauche, elle varie de 0 à 2 dioptries et pour l'œil
« droit de 0 à 5 dioptries. Le champ visuel est rétréci concen-
« triquement pour le blanc, comme pour la couleur.

« Absence de lésions ophtalmoscopiques.

On doit tirer les déductions suivantes du résultat fourni par cet examen. Les troubles oculaires ont une origine cérébrale et

ils sont la caractéristique de la névrose hystérique à l'état latent.

Monsieur P. est donc guéri de son spasme rythmé, mais non de l'état nerveux diathésique, dont il n'a été que l'expression tardive et occasionnelle.

Et les troubles sensoriels, survenus ces jours-ci, justifient bien cette réserve, de même qu'ils indiquent la nécessité de suivre encore ce malade et de recourir de temps à autre à une médication sédative et tonique tout à la fois, dont l'hydrothérapie, l'électricité statique, les nervins, les exercices du corps et la vie au grand air sont les meilleurs facteurs.

Inutile d'ajouter que tout excès de travail doit être proscrit, et toute émotion soigneusement écartée.

A ces conditions seules, peut-on espérer la persistance de la guérison ou toute transformation nouvelle de la grande névrose.

RÉSUMÉ. — CONCLUSION

1° Le tremblement et spasme rythmé, dont nous venons de vous exposer l'histoire, semblent bien appartenir à la catégorie de ceux, ayant pour cause première un état hystérique *préexistant*, et un traumatisme initial, mais avec cette circonstance rare, que le traumatisme était bien antérieur au début du spasme rythmé. Et, par unconcours fortuit et inattendu, celui-ci a accusé tardivement son caractère hystérique, bien après son propre début.

2° Il est donc sage dans tout état névrotique, plus ou moins obscur dans ses origines et sa nature propre, de réserver son jugement et, comme le recommandent Charcot et ses savants successeurs, de songer toujours à l'hystérie, avant d'asseoir son diagnostic définitivement.

3° Peut-être pourrait-on conclure encore de ce fait, que, dans ses nombreuses transformations et manifestations locales, l'hys-

térie met le plus souvent en jeu tour à tour l'ensemble du système nerveux céphalo-rachidien et sympathique d'où l'indication naturelle pour combattre ces manifestations plus efficacement, de s'adresser de préférence à des thérapeutiques généralisant elles-mêmes leurs effets à tout l'organisme.

4° Dans le cas présent, bien que six mois soient écoulés depuis la guérison du spasme rythmé, on ne peut l'affirmer, qu'avec réserve de l'avenir, l'état hystérique restant à l'état latent.

5° L'action sédative et tonique tout à la fois de la médication hydriatique obtenue par certaines formules et secondée par la préparation bromurée a été trop lente et graduelle, pour ne pas la considérer comme ayant agi méthodiquement, et non pas seulement selon un mode impressionniste accidentel ou par simple suggestion.

Dr Paul Delmas
Inspecteur du Service hydrothérapique des Hôpitaux de Bordeaux.

M. Pierre Parisot (de Nancy) fait remarquer, au nom de M. Meyer, professeur de physiologie à la faculté de Nancy, et au sien, que le *tremblement existe bien réellement à l'état normal*, même quand la main se trouve non plus à l'état de contraction, comme dans les cas observés par M. Lamacq, mais dans le relâchement le plus complet des muscles. Les résultats qu'il apporte sont la préface d'un travail entrepris en collaboration avec M. Meyer sur le tremblement sénile. M. Parisot invite en terminant les membres du Congrès à vérifier par eux-mêmes au laboratoire de physiologie la réalité des phénomènes constatés et la technique appropriée.

M. BERNHEIM. — **Traitement des tremblements par la suggestion.**

Quels sont parmi les divers tremblements ceux qui sont curables ? Voici le résultat de ce que j'ai observé. Ce tremble-

ment hystérique, à moins qu'il ne soit éternisé, est toujours curable par suggestion : exemple, une fillette avait un tremblement de la main droite ; elle ne pouvait marcher par suite d'une douleur plantaire ; ces accidents étaient survenus à la suite d'une émotion.

Je l'ai guérie par *suggestion* et non par hypnotisme.

Il en est de même de la chorée hystérique ; ce n'est pas une vraie chorée ; c'est une chorée par *imitation*, par *auto-suggestion*. La chorée est vraie et résiste à la suggestion ; on peut cependant diminuer l'*amplitude* des mouvements choréiques, on fait disparaître ce qui est névropathique ; on enlève ce qu'il y a de trop, au bout de six semaines, après l'évolution de la maladie infectieuse qui semble être la cause de la chorée de Sydenham. Parfois la chorée s'éternise par mise en branle de l'état nerveux : la suggestion arrête alors le branle.

Le *paramyoclonus multiplex* récent est aussi curable de cette façon ; l'*entraînement suggestif* à l'état de veille produit la guérison. Le paramyoclonus multiplex est en germe dans les secousses d'impatience de certaines personnes. A l'état de maladie, s'il n'est pas ancien, incrusté dans les centres nerveux, il guérit par suggestion.

Dans la sclérose en plaques on peut aussi réussir par l'hypnose et la suggestion à supprimer le phénomène tremblement intentionnel ; ce symptôme n'est donc pas inhérent à la maladie organique : il peut être déterminé dynamiquement par les lésions. Dans deux cas j'ai vu ainsi le tremblement disparaître.

Les tremblements post-hémiplégiques cèdent souvent aussi à la suggestion. J'ai vu un homme atteint d'hémiplégie avec un tremblement à type de paralysie agitante. L'action psychique de l'aimant a guéri ce tremblement.

Je ne voudrais pas dire cependant que tous les tremblements post-hémiplégiques soient accessibles à la suggestion.

Les tremblements alcooliques et saturnins sont accessibles à la suggestion.

Dans la paralysie agitante, le tremblement résiste absolument à la suggestion : il est lié aux lésions organiques.

Dans la maladie de Basedow, on ne supprime pas davantage e tremblement par la suggestion.

MM. SABRAZÈS et CABANNES. — Nystagmus vibratoire de nature hystérique, spontané et provoqué par suggestion dans l'hypnose.

L'un de nous a observé en 1894 (1), à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service de M. le professeur Pitres, une malade qui lui a servi à démontrer que le nystagmus se rencontre parfois dans la sphère des manifestations hystériques (2).

Cette même malade, L. D ..., a été revue pendant le mois de février 1896. Elle présenta successivement divers troubles névropathiques tels que crises convulsives, contractures, sommeil léthargique, paraplégie transitoire, mutisme hystérique, etc... Elle avait été reprise, en outre, d'un tremblement pendulaire du membre supérieur droit, et d'un nystagmus vibratoire double. Ces divers accidents cédèrent à l'application de courants faradiques ; le tremblement du bras et le nystagmus disparurent à la suite de suggestions faites à l'état hypnotique.

Le 20 juillet 1896, la malade revient encore après un séjour de trois mois à la campagne, durant lesquels elle a joui d'une parfaite santé ; elle est de nouveau atteinte de nystagmus et de manifestations hystériques variées.

Nous préciserons les caractères du nystagmus sans insister sur les autres symptômes concomitants d'hystérie franche.

Il s'agit d'un double nystagmus associé, à oscillations vibratoires très rapides. Il se produit dans le regard au loin comme dans le regard de près, avec strabisme interne de l'œil gauche pour la vision d'un objet rapproché ; *ce strabisme interne ne paraît pas cependant exclusivement lié à l'acte de la convergence,*

(1) SABRAZÈS. — Existe-t-il un nystagmus hystérique? *Semaine médicale*, 26 sept. 1894.

(2) M. le professeur Badal nous a dit avoir observé de son côté deux cas semblables.

puisqu'il existe encore dans le regard au loin. Ce nystagmus vibratoire est si rapide que les oscillations en sont incomptables ; il s'accélère au moment de la fixation, son amplitude restant toujours très petite. Les vibrations sont si précipitées que l'iris lui-même tremble (iridodonésis) ; ce sont là, à coup sûr, des mouvements communiqués : on ne constate pas de contractions rythmées de l'iris (hippus).

Ce frémissement vibratoire des globes oculaires n'est pas uniforme et continu : son amplitude et sa rapidité subissent alternativement des périodes d'augment et d'atténuation.

L'occlusion des yeux n'arrête pas le nystagmus ; la malade déclare d'ailleurs que les yeux étant fermés continuent à trembler, surtout le gauche.

Une vive lumière exagère le nystagmus.

Ce tremblement permanent s'oppose à la fixation des objets et devient pour la malade une cause de gêne relative. Il contribue en outre à produire une photophobie assez marquée pour s'accompagner d'un blépharospasme. Il existe en outre un peu de tremblement des paupières.

Les pupilles sont égales et ont des réactions normales. L'acuité visuelle est diminuée, la malade est myope. L'examen du fond de l'œil et la recherche de l'astigmatisme sont rendus impossibles par les mouvements incessants des globes oculaires.

L'éclairage oblique pratiqué *avec le plus grand soin* ne permet pas de *constater de subluxation* du *cristallin.*

Tels sont les troubles oculaires qui avaient déjà été observés en 1894 à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Badal, et qui se sont reproduits à diverses reprises avec les mêmes caractères.

La nature purement névropathique de ces troubles a été établie dans l'article précité (1).

L'efficacité de la suggestion témoigne d'une façon péremptoire en faveur de leur origine hystérique.

Le nystagmus pouvant être de nature hystérique, nous nous

(1) SABRAZÈS. — *Loco citato.*

sommes demandé s'il ne serait pas possible d'en susciter expérimentalement l'apparition. On simule sans difficulté les tremblements de la main ; il n'en est pas de même du nystagmus, qui nous a paru impossible à imiter. On échoue lorsqu'on s'efforce d'animer volontairement les globes oculaires d'un tremblement de cet ordre. Parmi les nombreuses personnes auxquelles nous demandions d'imiter le nystagmus dont nous leur montrions la réalisation chez les malades, aucune n'a réussi.

Il était intéressant de voir si dans l'hystérie, par la suggestion hypnotique, on ne provoquerait pas le nystagmus.

Nos expérimentations ont porté sur trois femmes : chez l'une d'elles nous n'avons obtenu aucun résultat ; elle accepte d'ailleurs difficilement toute suggestion. Chez les deux autres, avec le concours de M. Abadie, externe du service, nous avons réussi à réaliser un nystagmus de tous points comparable à celui que nous venons de décrire en leur montrant préalablement le phénomène sur la précédente malade elle-même.

Chez l'une d'elles, X.., âgée de trente-neuf ans, hystérique à crises convulsives, il est facile de reproduire à volonté un nystagmus des plus accusés par une simple suggestion hypnotique et de laisser persister à l'état de veille ce nystagmus pendant un temps illimité.

Voici du reste l'examen des yeux de cette malade qui constitue pour l'étude des manifestations hystériques un sujet de premier ordre.

Elle est placée dans le service de M. le professeur Pitres, suppléé par l'un de nous, salle 7, lit 21 de l'hôpital Saint-André.

A l'état normal, l'œil ne présente aucune trace de nystagmus, ni au repos, ni à l'occasion des mouvements ; l'acuité visuelle est normale, le fond d'œil est intact. Les pupilles sont égales et réagissent bien ; pas de strabisme.

Le 22 juillet dernier, après lui avoir fait examiner de près la première malade atteinte de nystagmus hystérique, nous la mettons à l'état d'hypnose et lui suggérons d'avoir un tremblement des globes oculaires semblable à celui qu'elle vient de voir.

On la réveille et on constate immédiatement après l'apparition du nystagmus.

Mme G... se frotte les yeux, se plaint de les sentir trembler, semble fuir la lumière.

On voit en effet les deux globes oculaires être agités d'oscillations horizontales extrêmement rapides, qui existent au repos et augmentent d'amplitude dans les positions extrêmes d'abduction et d'adduction. Il semble même se produire, au cours de ces mouvements, une légère rotation du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur. Quand on fait suivre le doigt alternativement vers la droite et vers la gauche, on constate : 1° un *strabisme interne marqué de l'œil droit* qui persiste même quand la malade cesse de fixer, et regarde au loin ; 2° des secousses horizontales rapides des deux globes oculaires qui amènent petit à petit l'œil dans la position indiquée.

La lumière ne modifie pas sensiblement la rapidité des vibrations de ce nystagmus associé. Pas de tremblement de l'iris.

Libérée de sa suggestion, la malade a les yeux normaux, indemnes de tout tremblement : on fait apparaître et cesser le nystagmus à volonté chez cette malade ; on a, dans les mêmes conditions, réussi à créer un nystagmus vertical.

Tels sont les résultats que nous avons observés et fait vérifier par M. le professeur Badal, ils sont d'un contrôle facile ; nous ne voulons pas insister sur leur importance pratique et doctrinale. Il s'en dégage les conclusions suivantes :

I. — Le nystagmus s'observe parfois spontanément dans l'hystérie.

II. — Ce nystagmus vibratoire ne ressemble pas aux oscillations inégales et assez lente se produisant surtout dans les positions extrêmes du regard qu'on observe dans la sclérose en plaques.

III. — Le strabisme interne qui l'accompagne est très remarquable, parce qu'il persiste dans la vision éloignée, car s'il est possible normalement de loucher en fixant un objet rapproché, le fait est tout à fait extraordinaire quand l'un des yeux regarde au loin.

IV. — Ce nystagmus est accessible à la suggestion comme les autres manifestations de la névrose.

V. — On peut le provoquer expérimentalement chez des hystériques alors que *normalement il est d'une simulation impossible.*

M. A. Voisin a observé quatre cas fort curieux de malades non hystériques dont les muscles du cou et de la partie supérieure du tronc, même à l'état de repos, vibrant involontairement, produisaient de petits craquements perceptibles à distance. Cette affection dans deux cas a duré de sept à huit ans, gênant beaucoup les malades. Le bruit ne venait pas des articulations.

M. Delmas, répondant à M. Bernheim, dit que l'aimant agit autrement que par suggestion, et qu'il l'a constaté plusieurs fois.

M. Paul Garnier rappelle les études de M. Lefilliâtre sur le *tremblement des alcooliques* et signale l'intérêt de l'enregistrement des tracés pour déceler l'action convulsivante des essences alcooliques (absinthe, anis, etc.), dont l'ingestion produit des décharges spasmodiques musculaires, lesquelles se traduisent dans le tracé sphygmographique par des oscillations particulières plus vastes, accidentant le tracé ondulé régulier et monotone de l'alcoolique simple non absinthique.

M. Vallon ne croit pas à ces décharges de nature absinthique. Un de ses élèves a trouvé, chez des paralytiques généraux, un tracé à peu près identique à celui découvert chez les absinthiques.

M. Régis fait la même observation.

M. Paul Garnier. — J'ai voulu dire que le tracé des alcooliques absinthiques n'était pas identique à celui des alcooliques ne buvant pas d'absinthe.

M. Doutrebente fait remarquer à M. Garnier que ce qu'il met sur le compte de l'absinthe doit être mis sur celui de l'essence d'anis et de l'essence de badiane qui entrent dans la constitution des absinthes, à l'exclusion de l'absinthe vraie.

M. Bernheim. — Je n'ai jamais nié l'action de l'aimant, mais j'ai toujours constaté que lorsque le sujet n'est pas prévenu, l'action de l'aimant était nulle. Pour qu'il y ait action sugges-

tive, il n'est pas nécessaire que la suggestion soit faite directement par le médecin ; il suffit qu'elle se fasse d'elle-même dans le cerveau du malade. Ainsi agissent les aimants, l'électricité, l'hydrothérapie, etc.

Dr Victor PARANT (Toulouse). — **Du tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques.**

Parmi les tremblements qui intéressent la clinique des maladies mentales, celui de la langue des aliénés paralytiques est le seul remarqué ; on voit quel rôle il joue dans le diagnostic de la paralysie générale où sa fréquence est plus grande, sa valeur symptomatique aussi plus probable que l'inégale dilatabilité des pupilles.

Rappelons que ce tremblement de la langue chez les paralytiques donne à l'organe des mouvements brusques, désordonnés, qui se font d'arrière en avant, d'une manière telle que M. le Dr Magnan a pu, avec une justesse expressive, les qualifier de mouvements de trombone. En outre, la langue, lorsque le malade parvient à la tenir allongée hors de la bouche, est animée de secousses fibrillaires qui lui font prendre les attitudes les plus variées, dans lesquelles, elle porte sa pointe alternativement vers le nez ou vers le menton, sans que le malade parvienne à la fixer, à la tenir immobile. Enfin elle se creuse encore de sillons longitudinaux qui se dessinent dans toute sa longueur.

A côté de ce tremblement, il faut en placer un autre où la langue a des aspects tout différents. Je ne l'ai vu signalé nulle part et cependant je le crois, lui aussi, bien digne d'intérêt. A vrai dire, il n'est point absolument spécial aux maladies mentales. On l'observe, à peu près identique, dans certaines affections fébriles de la pathologie ordinaire. Mais dans les maladies mentales, qui sont des maladies non fébriles, il prend une importance véritable sur laquelle il importe d'attirer l'attention.

Dans ce tremblement, auquel je propose de donner le nom de tremblement *gélatineux*, la langue n'est point animée de mouvements irréguliers tenant aux contractions anormales des fibres longitudinales. Le malade semble avoir quelque peine à la tirer hors de la bouche. Elle sort, à moitié tout au plus, sur la lèvre inférieure, où elle s'appuie paresseusement ; elle s'arrondit sur son pourtour. Quelquefois elle s'étale et semble flasque, mais le plus souvent sa face supérieure se met comme en boule, et elle reste là, comme si le malade avait, pour la rentrer, autant d'incertitude et d'incapacité qu'il en avait eu pour la sortir.

On a tout loisir alors pour l'examiner, et l'on y remarque ce tremblement que je viens d'indiquer. Elle paraît osciller dans sa masse ; il s'y fait, de côtés et d'autres, de petites dépressions momentanées. On n'y voit pas de contractions spasmodiques fibrillaires dans le sens de la longueur, ni aucun mouvement désordonné. Pour le bien caractériser, je ne saurais mieux faire que de comparer ce tremblement à celui d'une petite masse de gélatine arrondie, que rien ne comprime sur ses bords, et à qui l'on imprime de légères oscillations.

C'est d'après cette comparaison que je propose de donner au tremblement en question le nom de tremblement gélatineux.

Ce tremblement me paraît avoir une importance réelle en pathologie mentale, à un point de vue en même temps clinique et pronostique.

On l'observe presque uniquement chez une catégorie de malades en état de dépression mélancolique, chez qui la mélancolie est récente et ne revêt qu'une de ses formes simples. Autant que je puis l'avancer, d'après mes observations, elle appartiendrait plus spécialement à la mélancolie d'origine infectieuse. Ce qui peut confirmer cette appréciation, c'est que, comme je l'ai dit tout à l'heure, un tremblement analogue s'observe dans des maladies fébriles qui sont évidemment de nature infectieuse, telles certaines fièvres typhoïdes. Je ne l'ai jamais remarqué dans les mélancolies qui sont de date ancienne, ou qui sont survenues lentement et progressivement ;

non plus que dans celles qui sont d'autre origine, notamment celles qui proviennent d'une dégénérescence ou qui ne sont que les phases d'une forme morbide plus complexe. Ainsi, par exemple, on ne le voit pas dans le stade mélancolique de la folie circulaire; on ne le voit pas davantage chez les persécutés mélancoliques ou chez les paralytiques déprimés. Mais on le rencontre fréquemment dans la mélancolie simple, dans la mélancolie anxieuse, dans l'hypocondrie ou dans la stupeur.

Etant données les conditions dans lesquelles on observe le tremblement, j'estime que le plus habituellement, il doit être considéré comme un signe pronostique favorable ; voici comment :

J'ai dit qu'il appartient surtout aux mélancolies récentes d'origine principalement infectieuse. Ce sont celles où le trouble morbide tient à des modifications accidentelles de l'organisme, où les fonctions seules encore sont troublées; des agents toniques divers ont agi sur le cerveau comme ils auraient fait sur le reste du corps, et sont venus, en altérant les aptitudes mentales, déterminer la dépression. Quelle que soit la gravité de l'infection ou de l'intoxication, on peut, si on intervient à temps, en arrêter l'influence et même en faire disparaître complètement les effets. Ce n'est pas à dire qu'on y réussira toujours ; car si active, si bien appropriée que soit une médication, elle peut échouer pour des causes que l'on ne saurait pénétrer. Mais il n'en est pas moins vrai que dans bon nombre de cas cette médication est efficace et fait disparaître à tout jamais des maladies mentales qui ne tiennent qu'à des causes accidentelles, à des déviations momentanées du fonctionnement de l'organisme.

Or comme c'est principalement dans les mélancolies de cette catégorie que l'on observe d'ordinaire le tremblement en question, il s'ensuit qu'on doit en principe le considérer comme de bon augure. On doit alors être encouragé à traiter activement ce malade par des moyens appropriés, à ne rien négliger de ce qui peut faciliter en lui l'élimination, la suppression des éléments toxiques et des agents infectieux.

J'ai constaté bien des fois, et depuis longtemps déjà, la valeur de ces indications; je les ai fait constater aux personnes de mon entourage, et je les considère comme étant précieuses à rencontrer.

Puisqu'il est question de la langue, j'ajouterai qu'à mon avis on n'accorde pas d'ordinaire, en pathologie mentale, assez d'attention aux modifications morbides de cet organe. De prime abord cela est bien fait pour surprendre, étant donné que, dans la pratique ordinaire, l'aspect, la forme, les divers états de la langue sont des plus intéressants à constater. Une des premières choses que le médecin fasse auprès du malade, c'est de l'inviter à tirer la langue et aussitôt il y trouve des indications importantes sur la gravité, sur la nature même de la maladie.

Pourquoi donc, en ce point, la pathologie mentale ne bénéficierait-elle pas des avantages de la pathologie ordinaire?

Et de fait, la langue d'un maniaque n'est pas comme celle d'un mélancolique; ni ses mouvements, ni sa forme, ni son attitude ne sont les mêmes chez l'un et chez l'autre. Dans les formes aiguës, elle revêt des apparences, prend des allures qu'elle n'a plus dans les formes chroniques. Ce serait, je crois, une étude intéressante à faire, qui manque absolument dans la sémeiologie générale de nos traités de pathologie mentale.

Je n'insiste pas, n'ayant voulu m'occuper ici que d'un point particulier, à propos duquel ce que j'ai dit peut se résumer ainsi :

Chez les aliénés atteints de mélancolie simple, d'origine principalement infectieuse, et de date récente, on observe un tremblement de la langue, où celle-ci est animée de mouvements analogues à ceux de la gélatine, et que, pour ce motif, on peut appeler tremblement gélatineux. La constatation de ce tremblement, intéressante au point de vue clinique, doit en outre, étant données la cause et la forme de la maladie dont il s'agit, être considérée comme un signe pronostique habituellement favorable.

M. Charpentier, à propos des mélancoliques précités, invoque

comme cause d'intoxication secondaire, même chez les mélancoliques héréditaires, les auto-infections par désordres gastro-intestinaux.

M. Régis va plus loin que M. Parant et estime que le tremblement lent de la langue est pathognomonique de toutes les étiologies infectieuses des psychoses non seulement mélancoliques mais maniaques, y compris le délire aigu dont le pronostic est loin d'être favorable, alors que M. Parant considérait ce signe comme indice de curabilité.

M. Pitres, revenant sur l'opinion de M. Bernheim concernant l'action des aimants, purement psychique selon lui, rappelle une expérience de Schiff à laquelle il a assisté à la Salpêtrière et qui démontre l'action magnétique, indépendamment de l'action psychique indiscutable. Avec une barre de fer doux entourée d'un solénoïde, Schiff examina les malades de Charcot, lançant le courant à l'insu des malades et de tout le monde et aimantant le fer à volonté il releva l'action magnétique dans les cas d'aimantation par le courant à l'exclusion de toute influence sur les malades en l'absence de courant et partant d'aimantation. Au sujet des malades signalés par M. A. Voisin et présentant des contractions musculaires bruyantes pouvant aller jusqu'à une sorte de claquement tendineux, M. Pitres rappelle les sujets analogues offrant ce phénomène susceptible d'être produit volontairement et déjà connus parmi les médiums spirites, dit médiums frappeurs. Chez eux les coups frappés soi-disant dans l'obscurité par l'esprit évoqué ne sont autres que des bruits tendineux voulus ou inconscients, tout à fait comparables aux bruits musculaires signalés par M. Voisin à propos des tremblements.

Enfin les renflements des tracés existent dans tous les tremblements et surtout dans le tremblement sénile.

M. P. Garnier distingue le tremblement sénile du tremblement alcoolique en ce que, dans le premier, le renflement est progressif alors qu'il est brusque dans le second.

La séance est levée.

A cinq heures, la séance est reprise pour le choix de la ville

où se tiendra le prochain Congrès et l'élection du Président,

L'Assemblée décide que le 8e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française aura lieu, en 1897, à Toulouse.

M. Ritti est élu président de ce Congrès par 36 voix sur 38 votants.

M. Parant est chargé des fonctions de Secrétaire général. (Voir aux préliminaires.)

M. Pichenot donne alors lecture d'un télégramme de M. Rey, médecin en chef à l'Asile de Marseille, qui demande au Congrès de vouloir bien choisir, dès à présent, Marseille pour le siège du Congrès de 1898.

Le Congrès est d'avis qu'on peut accepter les offres de la Municipalité de Marseille et de l'administration de son Asile pour l'année 1899 ; mais il estime qu'il y aurait un inconvénient réel à se réunir deux années de suite dans la même région. Il prie M. Ritti d'engager des pourparlers avec les Asiles et les Municipalités du Nord ou de l'Ouest, en vue du Congrès de 1898.

La séance étant levée définitivement, les médecins aliénistes du Congrès se réunissent de nouveau pour entendre la lecture des statuts proposés par la Commission composée de MM. Parant, Vallon, Doutrebente et Rayneau.

Après une courte discussion, les statuts sont adoptés et une première liste de 33 membres adhérents est formée. Ces membres « fondateurs » procèdent à l'élection des membres du Conseil de l'Union (art. 10 des statuts) pour l'année 1896-1897.

Sont élus : MM. Doutrebente, président ; Giraud, vice-président ; Rayneau, secrétaire-trésorier archiviste ; Marie, secrétaire-adjoint ; Parant, Ritti, Vallon, Santenoise, membres du Conseil.

L'Union des médecins aliénistes de France est fondée.

(Une notice de M. le Dr Doutrebente, donnant la liste des membres fondateurs ainsi que les statuts de l'Union des Aliénistes, a paru dans les Annales médico-psychologiques, numéro de novembre 1896.)

SEANCE DU MARDI 4 AOUT (MATIN)

Présidence de M. le Dr VALLON, Vice-Président

La séance est ouverte à 9 heures. La parole est donnée à M. Paul Garnier, qui résume verbalement son rapport sur la troisième question du programme : *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation.*

M. Vallon félicite le rapporteur de son remarquable travail et de l'exposé lumineux qu'il vient d'en faire, et donne la parole à M. Charpentier.

M. CHARPENTIER. — **Sur l'internement des Aliénés.**

Si je partage avec notre collègue M. Garnier le plaisir de nous rencontrer sur beaucoup de points, sur un grand nombre de points de son rapport, quelques-uns cependant restent comme objets de discussion.

J'ai pensé qu'après avoir rendu hommage à l'importance du travail de notre collègue, à sa clarté d'exposition, à la variété des questions soulevées et à la netteté de leur mise en relief, il était convenable de faire un choix entre ces questions et de m'arrêter de préférence aux chapitres à propos desquels l'accord entre nous n'est pas un accord parfait.

C'est pourquoi je vous demande, Messieurs, la permission de n'attirer votre attention que sur six chapitres ; trois relèvent de la première partie, ce sont : le chapitre IV, *Opportunité de l'internement ;* le chapitre VIII, *Avantages du non restreint*, et le

chapitre IX surtout, *Traitement moral de la folie*. Les trois autres appartiennent à la deuxième partie, ce sont les trois derniers : chapitre VIII, *Internement des irresponsables;* chapitre IX, *Asile de sûreté;* chapitre X, *Les délirants alcooliques récidivistes*.

Je suivrai l'ordre d'exposition de M. Garnier, ce qui donnera peut-être à mon exposé une apparence de décousu, puisqu'il y manquera le lien apporté par l'auteur du rapport. Mais je terminerai en faisant voir que mes réflexions sont reliées entre elles par une idée maîtresse et directrice.

C'est l'énoncé de cette idée directrice qui me servira de conclusion.

Ire PARTIE. — CHAPITRE IV. — *Opportunité de la séquestration.*

Dans ce chapitre, paragraphe (B), M. Garnier insiste peu sur le suicide ; le suicide n'est pas toujours un signe de folie ; on ne se suicide pas habituellement de gaieté de cœur, mais la tristesse inséparable de la tentative ne doit pas être confondue avec la folie appelée mélancolie. S'il n'y a pas d'autre signe d'aliénation mentale, si la cause, misère, abandon, perte d'emploi, peut trouver un remède, il est préférable d'assister l'infortuné autrement que par l'internement dans un asile d'aliénés (maison de refuge, maison de secours, asile ouvroir, asile de travail, services divers).

Dans le paragraphe (D), M. Garnier propose de ne pas placer les déments séniles dans nos asiles ; je suis de son avis quand ceux-ci n'ont besoin que d'une surveillance hospitalière ; j'en dirai autant de toute une classe d'individus dont M. Garnier ne parle pas et dont d'ailleurs on parle peu ; je fais allusion à ces gens qui n'ont pas encore atteint l'âge de soixante-huit ans, c'est-à-dire l'âge de la sénilité administrative ; ils ont entre cinquante-cinq et soixante-huit ans ; peu importe la cause, misère, chagrins, vices, ils sont fatigués, épuisés, découragés, avec ou sans affaiblissement intellectuel ; ils sont incapables de

travailler suffisamment pour vivre, mais encore capables de se diriger ; ils n'ont pas d'infirmités qui puissent les faire admettre dans un hospice d'incurables, ni de maladies suffisantes pour les faire recevoir dans un hôpital ordinaire. Très souvent, la sympathie, la compassion, la charité nous les envoie sous les étiquettes d'affaiblissement intellectuel, de démence ou d'alcoolisme ; ces séniles précoces, quand ils sont calmes, non délinquants, devraient être secourus, assistés ou placés mais non dans les asiles d'aliénés ; souvent j'ai cru observer, et certains le disent d'ailleurs, que l'alcoolisme était pour eux un moyen lent de suicide.

M. Garnier se demande si le traitement de certains vieillards déments chez les paysans nourriciers est le meilleur. Notre collègue a-t-il voulu faire entendre par là que l'assistance de ces vieillards dans le domicile de sa famille serait préférable ? A cela je répondrai oui et non. Oui, si la famille possède l'esprit de famille qui fait redoubler le dévouement. Mais c'est un fait triste à dire et qu'il faut dire cependant ; cet esprit de famille fait souvent défaut ; dans certaines familles, la présence du vieillard ne fait que raviver des souvenirs pénibles dont on lui impute l'origine, et est une source continuelle de disputes entre les conjoints ; telle femme cherche à placer son père à cause de son mari et réciproquement ; parfois les familles sont plus tolérantes pour un vieillard étranger que pour le leur et certaines, prix pour prix, se chargeraient plus volontiers d'un vieillard qui ne leur serait pas parent ; dans ces cas l'assistance chez des nourriciers est préférable.

Si M. Garnier préfère l'hospice des vieillards au placement chez des nourriciers, l'exemple de la colonie de Dun, que j'ai admirée, répondra pour moi à la condition que ces colonies n'entraînent pas des frais trop coûteux et ne tentent pas de se transformer en hospice, ce qui est à craindre.

Au paragraphe (E), M. Garnier est d'avis, avec le plus grand nombre des aliénistes, d'interner dans les asiles d'aliénés les individus dénommés aliénés persécuteurs sans hallucination et sans troubles de la sensibilité générale ; je ne suis pas de cet

avis mais il serait trop long de répéter les motifs que j'ai fournis au Congrès de Lyon ; je me borne à discuter les deux arguments que présente M. Garnier pour soutenir que ce sont des aliénés, des malades ; ils ont, dit-il, deux symptômes pathologiques : les interprétations délirantes et les impulsions pathologiques. A cela je réponds :

Ce ne sont pas des phénomènes pathologiques.

Leurs impulsions sont incontestables mais nullement pathologiques ; leurs lésions causales n'ont pas été montrées sauf dans les cas mixtes de maladies du cerveau associées a ces mêmes troubles, mais ceux-ci ne font pas l'objet de la discussion ; leurs impulsions ne dépendent que de leur caractère, et le caractère est toujours soumis à l'influence de la volonté, c'est-à-dire de l'esprit. L'esprit n'est pas un terme, un organe, une cellule ; le mot maladie est un terme médical qui ne peut s'appliquer qu'à des tissus, des organes, des cellules.

Une école nouvelle, l'école de psychologie expérimentale aura beau dire que le caractère est le résultat des instincts, des besoins, des appétits, des désirs, de tout cet ensemble qui aboutit à l'état appelé cénesthésie et qui constitue la vie affective. Mais cette école et surtout son chef, M. Ribot, dans sa psychologie des sentiments, a négligé intentionnellement la prépondérance de la vie intellectuelle sur la vie affective, cette vie affective est bien l'aliment d'entretien de la vie intellectuelle, mais cela n'empêche pas la vie intellectuelle d'avoir son indépendance et aussi son autorité directrice, modificatrice, civilisatrice sur la vie affective. La vie intellectuelle fait un choix entre les aliments fournis par la vie affective tout comme le corps pour les aliments nutritifs.

Si le caractère, chez nos sujets, est perverti, cela est dû à ce que ces sujets n'ont pas voulu et ne veulent pas modifier leur caractère, c'est-à-dire réfréner leurs instincts, leurs besoins, leurs appétits, leurs désirs, par suite leurs émotions et leurs passions qui en sont les conséquences.

L'envie, la crainte, la défiance, le soupçon, la vanité, la colère sont des états d'âme, pour employer l'expression du jour,

qui peuvent être réglés, modifiés par la volonté ; on objectera que la répétition de ces états d'âme les convertit en habitudes et rend la volonté incapable Nous répondrons par l'exemple de l'influence parfois heureuse de la séquestration qui vient justement au bénéfice du sujet modifier l'orientation de ses idées erronées, et l'acuité de ses passions, parce que celui-ci les abandonne pour ne plus penser qu'à sortir, et modifie ainsi son caractère ; il le modifie à un point tel que nous proposons sa mise en liberté, ou que quand elle nous est proposée, quand on nous demande quel trouble mental nous constatons encore chez notre séquestré, nous ne pouvons répondre qu'en exprimant la crainte que le danger passé se reproduise avec le changement de milieu, ce qui n'est qu'une demi-réponse.

Ces sujets-là peuvent donc modifier leurs habitudes, leur caractère, ils sont donc libres, partant responsables, à moins de nier toute responsabilité en principe, et pour nier il faut prouver que cette responsabilité n'existe pas ; ces preuves sont encore à produire ; en tous cas notre législation actuelle repose sur la notion de cette liberté et de cette responsabilité. Nous devons nous y conformer.

Au contraire chez l'halluciné l'impulsion est souvent pathologique ; car l'hallucination qui en est la cause n'est pas un phénomène voulu, ici il y a un état cérébral pathologique, que nous appellerions volontiers, pour faire plaisir à M. Joffroy, état hallucinogène si l'explication de la valeur significative de cette expression ne nous rappelait pas trop les vertus dormitives de l'opium.

Le second argument de M. Garnier : les interprétations délirantes, se réduit à une question de mots facile à élucider ; le délire est un mot vague qui contient des états tout à fait disparates ; mettons interprétations déraisonnables à la place des interprétations délirantes, nous serons plus près de la vérité et plus loin de la pathologie. J'ai déjà soutenu cela dans ma communication sur les folies du caractère à la Société médico-psychologique ; délire et déraison sont deux expressions qui ne doivent pas être confondues ; un homme qui soutient des pro-

positions anarchistes ne délire pas ; il déraisonne. Quand un homme prétend qu'on ne peut pas mesurer la distance de la lune à la terre, il ne délire pas, il déraisonne ; l'ignorance, l'erreur, la crédulité, causes fréquentes de déraison, ne sont pas du délire. Quand un raisonnant soutient énergiquement deux opinions qui se contredisent et qu'il ne voit pas leur contradiction, il ne délire pas, il déraisonne.

Les digressions, les incidentes fatigantes de ces sujets qui empêchent de les comprendre ou de les suivre dans leurs conversations ne constituent pas du délire ; l'étrangeté de leurs idées n'a de commun avec le vrai délirant que le fait qu'on ne les comprend pas ; mais cela ne suffit pas pour confondre le délire avec la déraison et pour donner le nom d'interprétations délirantes à des interprétations déraisonnables. En résumé, on n'a pas le droit d'appeler délire ce qu'on ne comprend pas.

Au paragraphe (G) concernant l'internement des épileptiques, j'ai constaté avec plaisir que M. Garnier admet que certains épileptiques peuvent être sains d'esprit, très lucides et ne doivent pas être confondus avec un aliéné.

Or, si l'on admet d'une part qu'un individu sain d'esprit peut être un délinquant, responsable, d'autre part qu'un épileptique puisse être sain d'esprit, j'entrevois immédiatement l'existence possible d'épileptiques à la fois délinquants et sains d'esprit. C'était ce dont je m'étais toujours douté en présence de certains épileptiques, qui, d'ailleurs, ont fini par quitter mon service. Conséquence : Trois groupes d'épileptiques et trois établissements spéciaux ou distincts : hôpital d'assistance pour l'épileptique sain d'esprit, asile d'aliénés pour l'épileptique aliéné, délinquant ou non, et local particulier pour l'épileptique sain d'esprit et délinquant.

Je ferai la même remarque pour le paragraphe (H) qui a trait aux hystériques.

A propos du paragraphe (I) qui s'occupe des imbéciles et des débiles, nous rappellerons que nous avons tenté de prouver en 1895, à propos de délinquants dits irresponsables, que l'article 64 du Code pénal ne considère ces sujets comme irresponsables que

lorsque ceux-ci sont en état de démence au temps de l'action. En tout autre cas, ils ne relèvent que de l'article 490 du Code civil sur l'interdiction, et,par extension, de l'assistance.

Beaucoup trop d'imbéciles et de débiles sont internés dans les asiles; il en est qui sont capables de se diriger sans danger pour eux ni pour les autres ; le seul danger c'est qu'ils soient exploités, et surtout qu'ils soient incapables de gagner leur vie; de tels sujets relèvent encore de l'assistance et non de l'aliénation mentale ; ce sont ces sujets qui constituent une partie des mendiants et des vagabonds, des cheminaux de M. le professeur Pitres ; qu'on diminue le nombre de ces professionnels, en assistant ceux qui appartiennent aux débiles et aux imbéciles ; mais qu'on ait soin de faire une place à part pour les vicieux avec lesquels il convient de ne pas les confondre.

CHAPITRES VIII et IX. — *Non-restreint. — Traitement moral de la folie.*

Je serai bref sur le chapitre VIII, le non-restreint dans lequel M. Garnier cite la phrase de Conolly : « Négligence et coercition sont synonymes. » Je serai disposé à faire suivre cette citation d'une autre dont je regrette de ne plus me rappeler le nom de l'auteur : « Ce serait dans certains cas une négligence grave que de ne pas employer la coercition. »

Je vais tenter de développer cette idée dans le chapitre IX, traitement moral, où M. Garnier me malmène quelque peu. Il est vrai que j'ai la consolation d'être en bonne compagnie, celle de Leuret à qui notre collègue n'épargne pas le piquant de ses flèches.

A propos de Leuret, je rappellerai ce qu'écrivait un de ses contemporains dans les Archives de médecine de Paris 1846 : « Plusieurs de ses idées ont été mal saisies par les uns et ses intentions mal comprises par les autres. » Mais il ne s'agit pas de la défense de Leuret, il s'agit de la mienne. Permettez-moi,

Messieurs, de vous citer six lignes de ce que j'ai dit au Congrès de Lyon, le temps ne me permettant pas de tout citer, ce que je regrette. « Nous entendons sous le nom de traitement par les punitions, l'isolement absolu, les moyens de contrainte non nuisibles à la santé, la privation de tabac ou de lectures favorites ; autant nous admettons la punition comme moyen de traitement, autant nous rejetons l'emploi des médicaments et des remèdes comme moyen de punition. » Il va s'en dire que la douche est un médicament ou un remède et ne doit pas être employée pour punir : d'ailleurs, M. Garnier reproche les douches à Leuret, mais ne me les reproche pas.

Dans ce chapitre c'est encore une question de mots qui nous sépare et qu'il me suffira d'expliquer en fixant l'attention sur le dernier mot de la phrase incisive de notre collègue et que je vais citer : « Ce n'est pas sans étonnement, dit M. Garnier, que nous voyons aujourd'hui un médecin venir affirmer que la punition infligée à un aliéné est un moyen susceptible d'apporter une heureuse modification dans son délire » — dans son délire, retenez le mot ; — expliquons-nous sur le mot aliéné et sur le mot délire et tout malentendu disparaîtra. Par aliéné et pour ne pas me tromper, j'ai désigné les individus internés actuellement dans les asiles de ce nom. Avec le mot délire reparaît ma discussion précédente ; il y a délire et délire. S'il s'agit du délire des aliénés persécuteurs sans hallucinations, du Congrès de Lyon, du délire des autres folies du caractère tels que folie morale, folie raisonnante, s'il s'agit de ce délire-là, j'ai raison, car ce n'est pas du délire, c'est de la déraison et j'en puise une autre preuve dans une dénomination qu'un ancien aliéniste appliquait à ces sujets. Pinel les appelait les manies sans délire ; au point de vue de l'absence du délire, Pinel avait raison.

S'il s'agit de ce délire, si j'appelle aliénés les sujets internés dans les asiles, j'ai raison, car les punitions modifient souvent le caractère des aliénés surtout quand ce qu'on appelle improprement le délire dépend de ce caractère ; inutile d'ajouter que selon l'emploi sage ou imprudent de la punition, la modi-

fication sera utile ou nuisible. Tout le reproche que l'on peut m'adresser c'est d'avoir employé le mot délire comme synonyme de déraison ; mais cela ne devient plus un reproche personnel mais général et commun à tous les aliénistes. Ceux-ci ont eu le tort grave de dénaturer le délire vraiment médical en le transportant dans le domaine de l'aliénation mentale ; s'ils avaient continué, ils auraient appelé délire tous les langages étrangers qu'ils ne comprenaient pas.

Si au contraire j'avais pris le mot délire dans le sens le plus général, si j'y comprenais tous les délires, ma phrase serait un contre-sens ; s'il en était ainsi ce n'est pas seulement aux délires des sujets enfermés dans mon service que j'appliquerais la punition comme traitement, ce serait aux délires de tous les états morbides, délire de la fièvre thyphoïde, délire de la pneumonie voire même de la blennorragie. Or je ne connais pas de cas où une punition ait modifié le cours de cette dernière, ni celui de ses troubles mentaux.

Certes dans beaucoup de familles cette dernière maladie est considérée comme une punition de l'acte coupable ou honteux qui l'a produite ; certes le souvenir de cette punition pourra rendre le sujet guéri capable de ne plus s'exposer au même accident ; elle pourra même modifier le caractère, non pas de l'écoulement, mais du malade qui l'a contracté et qui en a guéri et qui pourra ne plus récidiver ; de même chez certains aliénés la punition modifiera le caractère et indirectement ce qu'on appelle leur délire, puisque ce caractère est la source intime, l'aliment de cette déraison mal nommée délire.

Un cas clinique rapidement exposé illustrera mieux la portée de ma pensée sur l'utilité de la punition dans les asiles d'aliénés tels qu'ils fonctionnent actuellement et abstraction faite de toute théorie différentielle entre le délire et la déraison.

Il s'agit d'un sujet que M. Garnier connaît bien et qui a fait de la part de M. Ballet l'objet d'une intéressante communication à la Société Médico-Psychologique. MM. Garnier, Ballet et moi nous sommes d'accord tous les trois sur la valeur morale du sujet et son degré de nocuité en cas de mise en liberté.

Dix-sept condamnations, séquestrations, évasions dont une de la Sûreté de Bicêtre, voilà le bilan de son activité mentale. Le certificat de M. Ballet peut se résumer en deux mots : débilité mentale, stigmates de dégénérescence ; le mien aussi : instincts vicieux, tête de bagne. Les termes de M. Ballet font ressortir le poids du lourd fardeau héréditaire qui accable le sujet ; les miens, le local qui lui serait le mieux approprié. Ce sujet menace un jour de tout démolir dans sa cellule s'il n'est pas mis en liberté ; la nuit même il réduit en fragments de un décimètre le sommier en fer et toutes les lames du parquet. J'ordonne de le placer dans une autre cellule ; il me fait observer qu'il en fera autant dans la deuxième et aussi dans les autres. Le Directeur n'entendit pas de cette oreille. Je l'excuse ; j'aurais tenu la même conduite que lui si j'avais été directeur et non médecin, preuve nouvelle, soit dit en passant, de l'utilité parfois de la séparation des fonctions ; le directeur fit camisoler le sujet quinze jours et le tint enfermé dans un cabanon cinquante jours ; la santé physique du sujet ne fut pas ébranlée ; il est sorti de son cabanon et rentré dans sa cellule réparée, le 2 février dernier ; depuis ce temps il est devenu un sujet très calme qui ne profère plus une menace ; je vous livre, Messieurs, le fait sans commentaire.

Terminons ce chapitre par une apparence de contradiction que nous désirons signaler. M. Garnier vante les effets des moyens bienveillants, consolation, exhortation ; mais c'est du traitement moral ; en tous cas, ces moyens s'adressent bien à quelque chose de l'aliéné, que ce quelque chose soit matériel ou immatériel, peu importe à la question présente ; pourquoi les moyens opposés n'iraient-ils pas à la même adresse et resteraient-ils sans effet ? L'éducation de l'enfance emploie les deux ordres de moyens ; l'un et l'autre sagement employés sont utiles à l'esprit de l'enfant.

DEUXIÈME PARTIE. — CHAPITRE VIII. — *Internement des irresponsables.*

Abordons la deuxième partie du rapport.

Je suis complètement d'accord avec M. Garnier dans le chapitre VII, où il expose clairement la nécessité de maintenir à l'autorité administrative le pouvoir du placement.

Il n'en est plus de même dans le chapitre VIII, où il admet la nécessité de l'intervention judiciaire pour rendre les sorties plus difficiles ; c'est précisément ce résultat facile à prévoir que je reproche à cette intervention.

D'autres que nous l'ont déjà dit et nous l'avons répété, que l'autorité judiciaire sera toujours obligée de s'en référer en dernier lieu au médecin traitant ; en effet, qu'il y ait des délégués ou des commissions ou qu'il n'y en ait pas, ce sera toujours le médecin traitant qui seul renseignera le mieux sur l'individu séquestré ; ce sera donc toujours lui qui continuera à supporter le poids de la responsabilité ; cette responsabilité sera partagée dira-t-on ; le poids partagé pour le médecin n'en persistera pas moins ; et d'ailleurs cette question du fardeau de responsabilité médicale qu'on a grossie au point d'en faire un spectre rouge, suffit-elle pour motiver une telle intervention judiciaire, une telle innovation ? M. Garnier a ajouté un autre argument. « La justice, dit-il, désarme quand elle n'a devant elle qu'un irresponsable, qu'un aliéné. Ce n'est peut-être pas une raison pour qu'elle le perde totalement de vue. Le jour où cet homme est sur le point de reparaître dans la société, n'est-il pas logique qu'elle s'inquiète de savoir si le fait de le rendre à la vie ordinaire est sans danger ? »

C'est là un nouveau devoir dont on veut charger la justice et il me semble qu'elle en a déjà d'assez nombreux pour qu'on n'ajoute pas encore celui-ci ; je dirai plus, cela ne regarde pas la justice, et de ce que, à Paris, le Palais qui porte son nom soit

vis-à-vis de la Préfecture de Police, cela peut impliquer des connexions, mais non des confusions d'attribution de pouvoir ; si la Préfecture n'est pas assez armée, si son administration supérieure est dans les mêmes conditions, c'est à ces administrations de demander des lois qui fortifient leurs arrêtés ; mais ce n'est pas à elles d'abdiquer entre les mains d'une autre administration l'autorité qui leur appartient, c'est-à-dire l'autorité de veiller à la sécurité des citoyens.

Il est encore une autre considération à faire valoir contre l'intervention judiciaire en cas de sortie ; ses partisans la fournissent d'eux-mêmes, elles rendra, disent-ils, les sorties plus difficiles. C'est précisément contre ces difficultés de sortie que je m'élève. Il est certain que si l'asile d'aliénés criminels ou asile de sûreté de M. Garnier était créé, mon objection tomberait, car ces soi-disant aliénés que je ne veux pas garder et que je vois toujours sortir avec plaisir, quoique je tente peu pour cela, seraient placés dans ce nouvel asile ; mais si l'asile n'est pas créé et que néanmoins l'intervention judiciaire, d'après les nouveaux projets de loi, soit maintenue, c'est précisément contre l'intervention judiciaire que je me heurterai pour les faire sortir ; j'aurai beau les déclarer guéris, mes délinquants dits irresponsables auront beau être guéris réellement, l'autorité judiciaire me répondra par la voie de ses délégués ou de ses commissions : c'est possible, mais votre irresponsable peut redevenir dangereux après sa sortie et alors je suis placé entre un article de loi qui me défend de garder un sujet qui n'est pas aliéné et une décision judiciaire qui m'ordonnerait de garder mon délinquant, parce que, quoique guéri, il peut redevenir dangereux. Enfin si je certifie que mon sujet est guéri et qu'il ne me paraît pas dangereux pour l'avenir, et que l'autorité judiciaire ne soit pas de mon avis, quelle attitude aurai-je vis-à-vis de mon séquestré malgré moi ?

CHAPITRE IX. — *Asiles de sûreté.*

Je viens de parler de l'asile de sûreté, c'est l'objet du neuvième chapitre. Je ne peux répéter ici, faute de temps, ce que

je pensais à cet égard, dans ma communication sur les délinquants dits irresponsables. Je me bornerai à quelques réflexions nouvelles qui m'ont été précisément inspirées par le chapitre de notre collègue M. Garnier où il est question du traitement par les punitions.

Nous supposons pour simplifier la question que l'on place dans cet asile de sûreté ceux des délinquants dits irresponsables que l'on ne peut mettre en liberté sans danger pour la société. Que va-t-on en faire ? les faire travailler ; car s'ils ne travaillaient pas, ce serait un asile d'aliénés sans précédent, un asile dans lequel le travail si utile à l'état mental des aliénés n'existerait pas.

Mais s'ils ne veulent pas travailler, vous serez bien obligé de les y forcer, donc coercition, contrainte et punition ; mais si vous les punissez, vous punissez des aliénés, des malades et vous avez pris soin de manifester votre étonnement pour le traitement des aliénés par les punitions. Première contradiction.

Faisons un autre raisonnement:

Votre intention est excellente, vous voulez par votre asile de sûreté précisément débarrasser nos asiles de ces individus pour vous malades en même temps que vicieux, pour moi uniquement vicieux tellement que, chez eux, la maladie me paraît être une annexe ; on les enlèvera des asiles, parce que dans les asiles ordinaires les punitions doivent être proscrites ; on ne doit pas punir les aliénés qui sont des malades, mais si vous allez leur infliger des punitions dans votre asile de sûreté, parce qu'ils refusent de travailler ou pour toute autre raison, ce ne sont donc pas des aliénés, ce ne sont donc pas des malades. Nouvelle contradiction.

J'ai proposé dans la même communication à la Société Médico-Psychologique, dans le cas où cet asile de sûreté serait créé, et cela pour tourner les difficultés inhérentes à ces deux contradictions, de ne considérer ces sujets, ce qui me semble d'ailleurs être plus vrai, ni comme des aliénés, ni comme des malades; et c'est pour cela que j'ai demandé que la création de l'asile

d'aliénés criminels ne fût pas l'objet d'une loi sur le régime des aliénés, ni non plus d'une loi d'assistance mais bien d'une loi de sécurité sociale. Et en ce cas, l'intervention judiciaire ne gênera plus les aliénistes, puisque ces individus cesseront de faire l'objet de leurs préoccupations.

CHAPITRE X. — *Les délirants alcooliques.*

Je crois qu'un raisonnement analogue doit être appliqué aux alcooliques délirants, récidivistes du dernier chapitre.

Je suis de l'avis de M. Garnier quand il a dit que le débat au Congrès de Clermont lui a paru avoir un peu dévié; j'ajouterais que, eu égard à l'importance du rapport de M. Ladame et du nombre de ses conclusions, la discussion a été un peu rapide. C'est un peu pour ces raisons, que bien que les comptes rendus de ce congrès aient affirmé que la création d'un asile d'alcooliques avait été votée à l'unanimité, j'ai eu le regret bien senti d'avoir été seul à voter contre. L'expérimentation faite à Ville-Evrard, dans le service de M. Marandon, n'a pas été couronnée de succès, on a expliqué le pourquoi de cet insuccès, et sous l'enthousiasme d'un puritanisme venu de l'étranger, on va construire un asile moral, discipliné, complètement fermé, avec loi expresse à l'appui sur les alcooliques.

Il est toujours permis et bon d'espérer; espérons. Asile nouveau pour asile nouveau, je ne verrai pas d'inconvénient à consacrer l'asile-sûreté de M. Garnier à ces délirants alcooliques récidivistes, plutôt que de leur faire les frais d'un établissement particulier. Assurément il faut transformer ces sujets en individus judiciaires, comme le dit notre collègue, mais il me semble qu'il y a déjà longtemps que cette transformation serait commencée si on leur avait appliqué sans restriction la loi actuelle sur l'ivresse, car l'ivresse précède souvent le délire alcoolique, surtout chez le récidiviste. Qu'on évite les poursuites pour le délit commis en état de délire alcoolique, à la rigueur, passe encore, mais qu'on retienne au moins le délit :

l'ivresse; mais pas du tout, ici encore l'aliénation mentale enlève et couvre les deux délits; à cause de leur alcoolisme, ils sont assimilés aux braves gens.

CONCLUSION

Messieurs, je viens d'énumérer successivement les groupes d'individus que je désirerais ne pas voir interner dans les asiles d'aliénés. Ce sont : certains cas de tentatives de suicide, certains déments séniles, certaines sénilités précoces, les épileptiques lucides et surtout les épileptiques lucides et délinquants, les hystériques de la même catégorie, les idiots qui ne sont que des infirmes, les aveugles, les sourds-muets et les arriérés qui réclament des maisons d'éducation spéciales en dehors des asiles d'aliénés, beaucoup d'imbéciles, grand nombre de délinquants dits irresponsables, les folies morales, les folies raisonnantes, les persécuteurs sans hallucination, et enfin les alcooliques délirants récidivistes.

Ne pas les interner dans nos asiles ne veut pas dire qu'il faille les laisser à l'état libre dans la société, qui a besoin d'être protégée contre eux, ni qu'il faille les abandonner sans assistance. Mais notre premier devoir est de signaler l'utilité, la nécessité de leur absence dans nos services; ils n'y étaient pas admis autrefois, on ne les y a fait entrer que le jour où on a commencé à s'intéresser à leur sort et, parce qu'on ne savait où les placer; signaler qu'il est nécessaire de les placer ailleurs que dans nos services est un second devoir; indiquer le genre d'assistance, de protection ou de punition qu'il faut accorder à ces divers groupes est un troisième devoir plus difficile.

Les secours à domicile, les placements dans les familles, des hospices spéciaux, des maisons de secours, des refuges, des asiles-ouvroirs, des asiles de travail, des sociétés de patronage, des colonies, voilà ce dont il faut s'occuper. Si je me suis étendu sur le rôle de la punition dans nos asiles, c'est

précisément pour réagir contre l'admission de ces prétendus malades qu'il faut punir. C'est aussi pour éviter que le remaniement de la loi de 1838 sur le régime des aliénés évite de se heurter à une création d'asile de sûreté qui ne doit relever que d'une loi touchant la sécurité, c'est aussi pour transformer, suivant l'expression de M. Garnier, les délirants alcooliques récidivistes en individus judiciaires.

Si j'ai critiqué l'intervention judiciaire en cas de sortie, c'est pour rendre les sorties plus faciles et nos asiles plus paisibles.

En réalité, j'ai plutôt écrit sur le non internement dans les asiles que sur l'internement, mais par voie d'exclusion je suis rentré indirectement dans la donnée du rapport : internement des aliénés.

L'idée directrice qui m'a guidé, c'est le désencombrement des asiles d'aliénés ; l'encombrement des asiles d'aliénés sert à prouver que la folie augmente annuellement, et je crois que ce qui augmente surtout, c'est le nombre des vicieux, c'est le nombre des sujets que l'on place sous cette étiquette, sans contester que le vice ne puisse produire des maladies du cerveau aussi bien que des maladies des autres organes ; ce qui augmente surtout, ce sont des sujets de tous genres qui ne devraient pas relever de l'aliénation mentale.

L'encombrement progressif de nos asiles entraîne comme conséquence fatale l'augmentation de leur nombre et l'absorption de capitaux consacrés à cet accroissement numérique.

Si ces mêmes capitaux convergaient vers l'assistance d'une partie de ceux que j'ai énumérés ou vers l'organisation de maisons de contention pour les autres, le résultat obtenu serait que chacun d'eux occuperait la place à laquelle il a droit.

Il est certain qu'avec les progrès gigantesques de notre civilisation, ces individus représentent les traînards, les fuyards, les déserteurs ou les traîtres d'une armée à marche rapide ; ce sont les résidus, les déchets, les scories de cette immense usine sociale dont l'objet de fabrication s'appelle le progrès ; mais dans toute usine bien organisée, ces scories sont utilisées ou transportées dans des locaux appropriés où ils ne causent aucune

gêne. C'est là ce que je demande pour tous ces individus que je désire ne pas voir interner dans les asiles d'aliénés.

Le désencombrement des asiles a été l'idée directrice de notre travail.

Avant de terminer, je remercie mon collègue M. Garnier, de m'avoir fourni par son rapport les motifs de répéter plusieurs idées qui depuis longtemps me sont chères, et d'en produire de nouvelles dont la lecture de son travail a été la cause occasionnelle.

Mes chers collègues, je vous remercie de l'attention bienveillante que vous n'avez cessé de me témoigner.

M. DOUTREBENTE. — **Recherches statistiques et rapports entre le nombre des malades admis pour la première fois, les guérisons obtenues et la durée de la maladie avant l'admission.**

C'est toujours avec la même naïveté, que des gens, du meilleur monde, adressent aux aliénistes cette question, en apparence banale : « Docteur, est-ce que vous en guérissez des aliénés ? » Ne vous hâtez pas de répondre, car, presque toujours, vous avez affaire à des curieux décidés, à l'avance, à conserver leurs idées en la matière, et à ne pas être dérangés dans leur équilibre mental ; s'ils devaient avoir sur cette question, comme sur tant d'autres, une idée nette, capable d'être mise en opposition avec la tradition, les préjugés, les habitudes de superstition, dont les ignorants se délectent, parce qu'ils les dispensent de tout effort intellectuel, vos questionneurs seraient désolés. Si vous répondez : Mais oui, ils guérissent, les aliénés, et si on nous les confiait plus vite, ils guériraient presque tous ; oh ! alors votre interlocuteur dira : « Jamais je ne croi-
« rai à la guérison des aliénés, jamais je ne reprendrai chez moi
« un valet de chambre soi-disant guéri, jamais, jamais ; on n'est
« jamais sûr de la guérison, et puis d'ailleurs, il y a toujours
« des rechutes, ce sont des guérisons apparentes ».

Bien heureux encore vous serez, si on ne vous dit pas que

tous les gens placés à l'asile y sont devenus aliénés, alors qu'ils ne l'étaient pas ou l'étaient à peine avant leur admission.

En un mot, l'asile des aliénés n'est pas considéré comme un lieu de traitement, c'est toujours une garderie, une prison, où il faut placer tous les gens dangereux, méchants, gêneurs, qui n'ont pas voulu guérir en liberté, qui refusaient de manger, salissaient leur lit, déchiraient leurs vêtements et avaient besoin d'être douchés (sans avoir pris l'avis d'un spécialiste).

Il n'est pas encore établi ou admis, en haute ou basse sphère, que la folie est une maladie curable, et qu'elle l'est d'autant plus qu'elle est traitée à son début.

Ce qui est vrai, pour toute autre maladie, ne le serait point pour l'aliénation mentale ; c'est quand la maladie dure depuis longtemps, *que tout a été tenté, sans résultat*, qu'on se décide à confier le malade à un médecin traitant spécialiste, disposant d'une organisation *ad hoc ;* à pratiquer, tardivement, l'isolement de la famille et des habitudes antérieures, quand il est souvent trop tard. Chose bien plus extraordinaire encore ! les mêmes personnes, à crédulité enfantine pour toutes choses qui redoutent les soins des aliénistes ou médisent de leur manière de traiter les aliénés, en les leur confiant, faute de mieux, se montrent alors d'une exigence sans nom, à l'égard des médecins traitants ; ils réclament des douches, des potions modificatrices de l'état mental, des pilules, etc. Impossible de leur faire comprendre et admettre que le malade, débarrassé de leur contact, de leurs attentions énervantes, de leurs réflexions saugrenues, s'améliore très rapidement.

Il est de règle, en effet, de constater un amoindrissement de la maladie, une heureuse modification, rien que par suite du changement de milieu.

Mais il faut bien du temps pour obtenir la guérison d'un malade, qui nous arrive après 6, 7 et 10 mois de traitements bizarres ou absolument contraires à ses besoins, c'est alors que vos braves gens d'interlocuteurs profiteraient de l'occasion pour dire, si vous leur aviez répondu : « Docteur, vous m'aviez « dit que les aliénés guérissaient, je trouve le temps bien long » ;

il faudrait répondre (nous le ne faisons pas) : « Un instant, s'il « vous plaît, je vous ai parlé de guérison chez les malades soi- « gnés à heure et à temps ; mais votre malade, vous l'avez « gardé 6, 7 ou 10 mois au début sans résultat, et moi, je ne le « soigne que depuis 1 mois, prenez patience, il peut encore gué- « rir, malgré la faute que vous avez commise ; si quelqu'un « mérite des reproches, c'est vous, n'incriminez pas le médecin « aliéniste, dont vous médisiez tant, et dont vous exigez aujour- « d'hui des miracles, à une époque où ils deviennent si rares. »

Quoi qu'il en soit, et quelles que soient les conditions défectueuses du traitement des aliénés, il est consolant de savoir et de dire que le nombre des cas de guérison est encore assez considérable. Il est nécessaire de l'affirmer, de le prouver et d'en faire la démonstration par des faits et des chiffres, dont l'exactitude ne saurait être mise en doute.

Pendant 16 années consécutives, de 1880 à 1896, le nombre des aliénés admis pour la première fois à l'asile et à la « Villa Lunier », de Blois, a été de 1,017, non compris les infirmités congénitales et l'idiotie acquise, soit une moyenne de 63 par an.

Le nombre des admis par suite de rechute unique ou multiple (intermittents) a été de 301, soit une moyenne de 18 par an. Ce qui donne un total de 1,318 malades traités pendant ce laps de temps.

Le nombre des malades sortis par suite de guérison a été de 496 et celui des améliorés ou convalescents avant guérison complète, le plus souvent sur demande des parents (ce qui nous procure des rechutes) a été de 204 ; soit un total de 700 malades ayant profité ou largement bénéficié du séjour de l'Asile.

700 sur 1,318 malades traités, c'est du 53 %. Ce résultat peut se passer de commentaire, nous lui laissons toute sa réalité. Il est bien supérieur à la moyenne donnée par M. Garnier.

Mais la durée du traitement est plus élevée qu'il ne faudrait, nous saurons pourquoi, dans quelques instants ; elle a été en moyenne de sept mois et vingt-quatre jours, variant de trois à seize mois, suivant l'année et les conditions favorables ou défavorables imposées par les circonstances suivantes :

Je veux parler de la durée de la maladie avant l'admission ; *c'est là toute la question;* mais elle est grave, elle s'impose à notre examen, elle est d'ordre social, au premier chef. Les malades soumis à nos soins, le sont, trop souvent, longtemps après le début du mal ; mais nous ne connaissions pas encore la gravité du fait que nous dénonçons, à savoir : que la moyenne de la durée de la maladie avant l'admission a été, pendant l'espace de seize ans, de onze mois et 6 jours.

Oui, voilà les conditions dans lesquelles nous luttons pour obtenir des résultats qu'on nous dénie, d'ailleurs, après nous avoir mis dans l'impossibilité de les obtenir ; voilà à quoi servent et ont servi tous les conseils, tous les avis, toutes les circulaires recommandant aux autorités la loi du 30 juin 1838, comme une loi tutélaire et d'assistance publique. Aussi, nous croyons-nous en droit de dire, que l'assistance des aliénés et leur traitement après onze mois de maladie est un leurre, un trompe l'œil, une mesure sociale inefficace et tard venue, puisqu'elle conduit trop souvent à l'incurabilité, à l'augmentation du stock des assistés et à l'encombrement des asiles d'aliénés.

Si les aliénés peuvent guérir au bout de sept mois de traitement malgré l'ancienneté du mal, ils guériraient assurément dans les trois premiers mois de leur séjour à l'asile, s'ils y étaient placés au début, pour y être traités normalement.

Les départements, toujours obérés, trouveraient là une économie assurée, que j'estime à 1/3 de la dépense totale, sans redouter la contradiction.

Je compte bien en faire la preuve à la prochaine occasion.

Devrons-nous ajouter que le traitement des maladies mentales, ainsi ajourné, favorise à merci les accidents, les drames de la folie, le suicide, l'homicide ou les tentatives d'homicide sur les hommes politiques en vue ou les modestes citoyens ? ce qui procure malheureusement aux journaux des nouvelles à sensation, dont les déséquilibrés sont friands, sans se douter du mal que la contagion du crime ou du suicide peut produire sur eux-mêmes ou leurs semblables.

ANNÉES	Nombre des malades admis pour la première fois sans y comprendre les idiots.		Nombre des admissions par rechute.		Sorties par guérison.		Sorties par amélioration.		MOYENNE de la durée du traitement des malades guéris.	Admis pour la première fois MOYENNE Durée de la maladie avant l'admission à Paris.
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	MOIS	MOIS
1880	31	29	6	9	15	18	5	10	6	7
1881	30	25	10	9	11	7	7	14	9	12
1882	39	29	8	12	18	16	2	6	16	10
1883	34	32	10	12	21	13	3	14	10	12
1884	22	39	13	11	12	12	8	10	6	6
1885	34	29	7	3	20	12	7	4	10	6
1886	45	26	10	8	19	11	6	3	11	11
1887	26	33	8	10	15	13	2	7	7	12
1888	33	33	5	10	15	19	7	5	3	9
1889	32	34	6	16	16	15	5	5	6	11
1890	24	32	6	9	11	13	6	6	8	9
1891	38	44	11	14	14	28	1	3	9	13
1892	41	34	10	13	21	16	9	7	5	11
1893	21	32	13	4	9	18	10	7	7	14
1894	31	27	10	12	14	10	8	5	6	13
1895	22	36	7	9	17	19	3	9	11	14
	503	514	140	161	248	248	89	115	Moyenne. 7 mois et 24 jours	Moyenne : 22 mois et 6 jours
	1017		301		496		204			

1318 — 700

53 0/0

Dans le nombre des malades traités, sont eompris les déments organiques et les déments séniles.

Le seul faeteur de l'augmentation de nombre des eas de folie serait dû à l'alcoolisme, a dit M. Garnier. Si eela est vrai à Paris, c'est absolument faux à Blois, où les alcooliques sont rares, 2 à 3 pour eent admissions, et eneore le plus souvent ee sont des étrangers.

M. TATY. — **Division des établissements d'assistance aux aliénés en hôpitaux de maladies mentales aiguës et asiles de maladies mentales chroniques.**

Je me fais l'avocat d'une réforme dont la cause est bien difficile à défendre et qui semble si peu pratique que M. Paul Garnier, dans le très attachant et très complet rapport où il a pu suffire à la lourde tâche de traiter tous les côtés de la question, en fait le procès et la condamne dans les lignes très importantes que je vous demande la permission de rappeler ici :

« La division de nos établissements, dit-il, en asiles de traitement et en asiles d'incurables s'annoncerait comme une innovation assez séduisante ; assurément, pour les premiers, qui seraient destinés à recevoir les formes aiguës de la folie, la proportion des guérisons pourrait s'élever environ à 50 °/₀. Mais, si cette division présente des avantages, elle offre aussi de grands inconvénients et il n'est pas démontré, du tout, que ce soit là le progrès, en dépit des considérations qui plaident en faveur de la création d'asiles essentiellement actifs, allégés de ce contingent de chroniques.

« Fonder des établissements avec le dessein arrêté de graver à leur frontispice : *Lasciate ogni speranza*, n'est-ce pas admettre en quelque sorte qu'il y a des malades dont il est permis de se désintéresser sinon au point de vue de l'assistance, au moins au point de vue du traitement ? J.-P. Falret s'est élevé avec beaucoup de force contre cette idée de construire des asiles distincts : « Faire, dit-il, deux espèces d'asiles, les uns pour les curables, les autres pour les incurables, c'est d'abord trancher la difficulté la plus grande, celle de la non curabilité, tandis que la science ne permet pas d'être positif à cet égard. Je viens m'inscrire contre la réalisation d'un plan que je regarde comme très funeste pour les aliénés, pour le sentiment de famille, la morale publique et pour la science médicale.

« Alors même que l'incurabilité serait bien déterminée par un médecin expérimenté, n'aurait-on pas à redouter, dans un grand nombre de circonstances, que les aliénés jugés incurables ne conservassent assez de raison pour apprécier ce jugement et assez de sensibilité pour s'en affliger. Cette mesure si pénible pour les aliénés, si injuste envers eux, blesse plus profondément encore les familles qui, faisant cause commune avec leurs malades, en apprécient mieux toute la portée et tout le malheur. »

Envisager ainsi la question c'est presque la résoudre encore que l'on soit en droit de se demander s'il n'est pas bien dangereux de condamner une idée à cause des mots qui servent à la formuler et s'il est bien vrai de dire que, pour les malades et les familles, l'épithète d'aliéné incurable est beaucoup plus lourde à supporter que celle d'aliéné tout seul.

Mais il n'est pas du tout dans ma pensée, et je ne crois pas du tout non plus dans la pensée de tous les bons esprits qui se sont préoccupés de la question, ni d'infliger le qualificatif d'incurable à nos malades, ni de scinder les asiles en asiles de traitement et en asiles d'incurables. Tous les aliénistes savent que des aliénés peuvent guérir après de longues années, quelquefois par le fait seul du temps, souvent parce que l'occasion s'est présentée de s'en occuper de nouveau plus particulièrement. Ce que je voudrais essayer de défendre ici, c'est la division des établissements d'assistance aux aliénés en hôpitaux de maladies mentales aiguës et en établissements, asiles ou colonies, de maladies mentales chroniques, ce qui n'est pas la même chose, ni quant au fond, ni quant à la forme.

Messieurs, on réclame depuis quelques années, et M. Paul Garnier s'est fait mieux que l'écho autorisé de ces réclamations des dépôts d'infirmes cérébraux, des colonies de déments, de faibles d'esprit, d'épileptiques, de convalescents, etc. M. Garnier préconise les asiles de sûreté pour les aliénés délinquants, les asiles spéciaux pour les délirants alcooliques. Cette tendance à séparer au point de vue de l'assistance et du traitement les malades qui sont actuellement plus ou moins confondus

dans les asiles s'accentue de jour en jour dans les travaux modernes. Si l'on hésite encore sur les mesures à prendre, on est d'accord sur le principe et tout le monde pense que c'est là la seule voie à suivre pour parer à l'encombrement et faire besogne utile.

Mais ces mesures, si excellentes qu'elles soient, ne s'adressent qu'au mal accompli, elles ne servent pas à le prévenir ce qui me paraît être le but principal des efforts à venir. En se bornant à extraire des asiles certaines catégories d'aliénés, on y laissera malgré tout une masse compacte de malades, flot montant dans lequel se noient si vite les nouveaux arrivants, surtout si l'on ne diminue pas les énormes services actuels où il est matériellement impossible à un médecin de faire son œuvre avec tout le soin et l'attention qu'elle exige, quels que soient son activité, sa force physique et son dévouement.

Il est facile, me dira-t-on précisément, de parer à ce danger en divisant ces vastes services entre plusieurs médecins-chefs ou même en augmentant le nombre des médecins-adjoints et leur donnant un rôle plus actif. Votre prochain Congrès s'occupera probablement de ce point en étudiant l'organisation médico-administrative des asiles et je ne veux pas anticiper. Mais j'ai ouï dire, d'une part, que le rôle des médecins-adjoints placés à la tête d'un service serait, sous le régime du règlement actuellement en vigueur, des plus délicats, et, d'autre part, en se bornant à diviser les services entre plusieurs médecins-chefs, on ne ferait, avec l'accroissement fatal du nombre des aliénés, que reculer la difficulté de quelques années. S'il existe d'autres solutions du problème, je serais heureux de les connaître. Mais je crois que toutes les mesures semblables n'aboutiront qu'à assister un plus grand nombre d'aliénés, plus soigneusement, je l'accorde, mais n'arriveront jamais, comme il le faudrait, à diminuer le nombre de ceux qui ont besoin d'assistance, c'est-à-dire à guérir le plus d'aliénés possible.

Contre l'idée d'une hospitalisation des aliénés dans des établissements distincts les uns des autres suivant la date vraie d'éclosion de la maladie, M. P. Garnier n'a invoqué qu'un

argument tiré de considérations sentimentales qui perdent, me semble-t-il, beaucoup de leur valeur à une époque où l'on ne se prive plus de parler de sanatoria pour tuberculeux, qui en perdent encore plus quand on transforme, comme je l'indique, les asiles de traitement et d'incurables qu'il réprouve en hôpitaux de maladies mentales aiguës et asiles de maladies mentales chroniques.

Je ne crois pas qu'un malade laisse plus toute espérance en passant du premier dans le deuxième que ne le fait le soldat blessé à la bataille qu'on transfère de l'hôpital de campagne à l'hôpital sédentaire lorsque sa blessure nécessite des soins plus prolongés et qu'on veut faire place à de nouveaux arrivants. Si d'ailleurs la réforme ne tenait qu'à une question d'étiquette je ferais bon marché de celles que je propose, et j'accepterais très bien celles, par exemple, d'hôpital et d'asile de maladies mentales sans qualification plus explicite, pourvu que fût sauf le principe de la séparation entre malades aigus et malades chroniques.

De l'aveu même du rapporteur la proportion des guérisons dans des établissements ainsi séparés s'élèverait environ à 50 %. Je crois qu'on pourrait faire mieux car ce chiffre est à peu près celui qu'on atteint à l'étranger, simplement en hâtant le moment de l'internement et en ne le reculant pas jusqu'aux dernières limites, comme on le fait trop couramment chez nous.

L'argumentation théorique ne résout malheureusement pas toutes les difficultés pratiques considérables, je le sais, mais non toutefois insurmontables. Je n'ai certes point la prétention d'apporter ici un projet complet d'organisation. C'est une tâche qui dépasserait les limites d'une simple réponse à un rapport et qui serait d'ailleurs prématurée. Je ne puis parler que des grandes lignes et je voudrais bien plutôt solliciter des avis et provoquer des objections,

Deux procédés peuvent être mis en parallèle : ou bien utiliser les asiles actuels pour les maladies aiguës et leur annexer d'autres asiles pour les chroniques, où bien créer des hôpitaux

de maladies aiguës soit locaux, soit régionaux suivant le nombre des entrées annuelles.

J'avoue que ce dernier système qui me semble préférable soulève des problèmes complexes : d'abord, un problème économique, un sacrifice d'argent toujours pénible à imposer, mais dont on adoucit singulièrement l'amertume si l'on songe, comme l'a démontré M. le Professeur Pierret au Congrès de Lyon et à la Société d'Economie politique, qu'il serait largement compensé en évitant, dans la mesure la plus grande, les longues formes chroniques et les frais qu'elles entraînent, et coupant ainsi le mal dans sa racine ; ensuite un problème législatif.

L'hôpital destiné aux maladies mentales aiguës ne peut rendre des services qu'à la condition d'être largement ouvert, non plus dans le sens de l'*asile aux portes ouvertes* de M. Marandon de Montyel, mais dans celui qu'on voit indiqué dans les projets législatifs nouveaux ; hôpital ouvert aux malades eux-mêmes qui viendraient y demander personnellement leur admission, ouvert aux familles et aux autorités qui pourraient y placer leurs malades comme dans un hôpital ordinaire, sans les formalités et les lenteurs actuelles si nuisibles, ouvert enfin, dans les limites convenables, aux étudiants en médecine qui y trouveraient cet enseignement clinique spécial plus étendu qu'on réclame pour eux de tous côtés et dont M. le premier Président de la Cour de Bordeaux vous demandait, l'année dernière, d'étendre le bénéfice même aux étudiants en droit.

Il faudrait évidemment pour cela toucher à la loi de 1838 en ce qui regarde les formalités de placement.

Mais la réforme législative qui permettrait d'arriver à ce résultat serait moins profonde qu'elle ne le semble au premier abord. La loi de 1838 contient un article 19, sagement prévoyant qui permet aux maires et aux commissaires de police de faire, en cas d'urgence, conduire un malade dans un asile directement et presque sans formes, sauf à justifier plus tard de leurs actes. Il n'y a qu'à généraliser ce mode de placement dans une large mesure et à l'étendre non seulement aux auto-

rités, mais aux familles et aux malades eux-mêmes, en armant l'administration du droit de maintenir à l'hôpital, sur avis conforme des médecins, les malades pour lesquels cette maintenue serait jugée nécessaire.

Pourrait-on voir là de la séquestration arbitraire? La garantie offerte par une surveillance plus réelle, plus facile et plus sérieuse de la part d'un corps médical au-dessus de toute suspicion, constamment entouré d'élèves, internes, stagiaires et étudiants, de la part de l'administration et même des procureurs de la République, exercée sur un petit nombre de malades, prolongée ou diminuée suivant les besoins de chaque cas, permettant d'étudier chaque malade à loisir et de ne se prononcer sur l'aliénation mentale qu'en connaissance de cause, ne vaudrait-elle pas bien celle qui résulte des certificats aetuels ou celle qu'on s'efforce de chercher dans l'exigence d'un double certificat d'entrée ou dans l'intervention des tribunaux pour le placement ou la sortie des aliénés? Et, puisque l'on invoque des questions de sentiment, ne croit-on pas que l'on pourrait éviter ainsi à nombre de délirants d'origine typhique, puerpérale, syphilitique ou toxique la tare du certificat d'aliénation mentale et que le service rendu dans ce sens aux aigus compenserait, haut la main, le préjudice, si préjudice il y a, causé aux chroniques?

Je ne fais point le procès de la loi de 1830; je la regarde au contraire comme ayant réalisé un progrès considérable. Avec M. Paul Garnier, je l'admire dans la pureté de ses intentions, dans la bonté de son principe, et la sagesse de ses dispositions. Je m'associe, quant à ses effets, aux sentiments qu'il a exprimés comme étant ceux de tout le corps médical. Mais si bonne qu'elle soit elle n'est pas intangible. Le mouvement d'opinion qui porte à la réformer est autre chose qu'un simple mouvement littéraire. Conçue et promulguée à un moment où l'assistance des aliénés était déplorable, cette loi a substitué partout au régime de la brutalité celui de la douceur et de la charité. Mais elle semble trop diminuée par l'idée de la curabilité difficile des maladies mentales et sous son empire, en effet, les

malades ne peuvent guère devenir autre chose que des chroniques. C'est certainement mieux que de les laisser mourir, mais ce n'est plus assez actuellement, et l'étranger qui nous a pris notre loi s'efforce lui aussi de la retoucher. La plupart des idées que j'ai reproduites ont déjà été émises en Belgique. M. Marie, dans le compte rendu de sa mission en Ecosse, a dit ce qui tend à se faire dans ce pays au point de vue de la séparation des aliénés chroniques. Il serait malheureux que nous, les promoteurs du mouvement d'assistance aux aliénés, nous soyons obligés plus tard, comme nous allons l'être pour la plupart de nos grands codes, de recevoir notre loi corrigée des mains de ceux à qui nous l'avons transmise.

M. Giraud estime qu'il n'y a aucun intérêt à demander deux certificats médicaux pour l'admission d'un malade faisant l'objet d'un placement volontaire. Le danger d'un certificat unique réside dans une erreur de diagnostic ; ce qu'il faut examiner, c'est la compétence du médecin certificateur. M. Garnier a exposé la nécessité d'établissements pour aliénés délinquants. Il faut distinguer, car à côté des aliénés vraiment dangereux se trouvent des malades victimes d'une erreur judiciaire sur lesquels M. Garnier a appelé l'attention du Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles, et pour lesquels il n'est pas besoin de mesures spéciales. M. Giraud termine en disant qu'il a été heureux de lire le chapitre du rapport concluant à la nécessité d'un patronage des aliénés convalescents; il est non moins heureux d'annoncer que l'essai de patronage tenté en Seine-Inférieure depuis 1889 est en pleine réussite.

M. LE Dr ROUBY. — **De l'internement des Aliénés en Angleterre.**

Je visitais au mois d'août 1895 l'hôpital de Bethlem à Londres ; j'en ai rapporté quelques renseignements qui peuvent être utiles à ceux qui s'occupent de l'amélioration de la loi de 1838. Je ne décrirai pas ce vieil hôpital, ancien couvent laïcisé

par le roi Henri VIII, qu'on a su conserver, tout en l'améliorant d'année en année, de façon à le rendre non seulement habitable mais très confortable pour les aliénés. Le directeur, M. le Dr Smith Percy, un de nos plus distingués confrères à l'étranger, mit beaucoup de complaisance à me faire visiter son asile et à me donner tous les détails concernant la nouvelle loi anglaise qui pouvait m'intéresser. Il m'offrit deux livres récents signés de lui, dans lesquels j'ai puisé largement pour écrire le présent mémoire.

Nous traiterons seulement quatre points relatifs à l'internement des aliénés :

1° Des pensionnaires libres ;

2° De la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative et des inconvénients de cette mesure.

3° Des amusements procurés aux aliénés et des visites à volonté.

4° De la durée de l'internement des alcooliques.

§ I. — *Des pensionnaires libres.*

Il existe dans les asiles d'aliénés d'Angleterre des pensionnaires libres, c'est-à-dire des malades aliénés qui ont été admis sans apporter avec eux ni certificat de médecin, ni demande d'un parent, ni pièce officielle quelconque ; ils y sont entrés par l'effet seul de leur volonté.

Ils se sentent devenir aliénés ; ils ont des hallucinations dont ils comprennent la nature ; ils viennent au bureau d'admission et demandent l'internement pour être traités. Le Dr Smith en cite un cas bien typique dans son rapport de 1894 : un homme qui avait été traité auparavant dans un autre asile se promenant dans Londres, se sentit tout à coup envahir par une impulsion homicide ; il hèle le cocher d'une voiture: « Conduis-moi dans un asile vite, dans n'importe lequel. » Le sentiment d'une crise prochaine le poussait à chercher protection contre lui-même dans un établissement analogue à celui où il avait été traité. Quelque temps après, à l'asile, il eut des idées homicides tellement fortes que l'on dut le placer dans la catégorie des sans

certificats : « under certificates », bien qu'il fût entré volontairement. Cela, ajoute le Dr Percy Smith, est un bon exemple d'un malade plus sage que ses parents, qui cherche vite une protection et des soins lorsque ceux-ci chercheraient peut-être à retarder ce qui est la vraie manière d'agir. Dans un autre cas, un ancien malade de l'asile insista pour entrer volontairement pendant le délai causé par les difficultés qu'éprouvaient ses amis à recevoir des autorités judiciaires un ordre d'entrée. Ces faits et l'existence des pensionnaires libres en grand nombre dans les asiles, prouvent qu'en Angleterre les asiles d'aliénés ne sont plus regardés comme des prisons effroyables, mais comme des hôpitaux où les aliénés peuvent recouvrer leur santé. En France on continue à les regarder avec terreur : la croyance populaire y rattache de telles légendes qu'il faudra un certain nombre d'années pour qu'ils soient regardés et appréciés comme ils doivent l'être ; depuis Pinel les asiles se sont transformés, mais le sentiment populaire est resté le même.

Le nombre des pensionnaires libres à Bethlem-hospital est considérable ; sur deux cent seize pensionnaires présents à la fin de l'année 1894, cinquante pensionnaires étaient entrés volontairement ; deux malades seulement sur ce chiffre étaient sortis, malgré l'avis du médecin qui conseillait la prolongation du traitement ; quinze étaient sortis guéris ou améliorés ; quinze avaient été placés sous le régime du certificat ; les dix-huit autres étaient encore à l'asile.

La nouvelle loi hollandaise a admis cette disposition des pensionnaires libres, et elle existe également en Belgique par suite d'un arrêté royal de 1874 ; nous venons de voir que par les deux Acts de 1890 et de 1891, l'Angleterre l'avait admise et qu'elle donnait d'excellents résultats.

Cette disposition des pensionnaires libres a donc fait ses preuves.

En France, tout le monde est d'accord pour l'admettre : le Dr Blanche au nom de l'Académie de médecine, dans le rapport présenté en 1884, a demandé qu'il fût inséré dans la loi : « une « clause spéciale pour le cas, qui n'est pas extrêmement rare,

« d'un malade venant de lui-même et sans être accompagné « d'un parent ou d'un ami, demander à être admis dans l'asile « parce qu'il sent que sa raison se trouble, qu'il n'est plus com- « plètement maître de lui-même et qu'il a besoin de protection « et de surveillance contre les impulsions délirantes. »

Dans le projet de loi voté par le Sénat en 1887, l'article 16 les admet ; il est ainsi conçu : « Toute personne majeure qui, « ayant conscience de son état mental, demande à être placée « dans un établissement d'aliénés, peut y être admise sans les « formalités prescrites par l'article 14 : une demande signée « par elle et une pièce propre à constater son identité sont suf- « fisantes. »

M. le Dr Ernest Lafont dans son rapport au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. Joseph Reinach dans son article 15 reproduisit textuellement le texte du Sénat.

Puisque tout le monde est d'accord sur cet article ; puisque tout le monde reconnaît qu'il serait utile de l'inscrire dans la loi de 1838, on devrait demander aux pouvoirs publics un article de loi à ce sujet, sans préjuger rien au sujet du vote de la loi générale. La loi de 1838 est une loi excellente, très simple, qui donne d'excellents résultats ; pour qu'elle soit parfaite, il faudrait y ajouter un, deux ou trois articles que tout le monde reconnaît nécessaires, et que médecins, magistrats et administrateurs acceptent. Que fait-on actuellement ? Au lieu d'obtenir le vote de ces deux ou trois articles seulement et de laisser la loi de 1838 debout, on dit : Non, ces trois articles sont excellents, mais les ajouter purement et simplement ne serait pas assez retentissant ; il faut faire grand ; il faut démolir la loi tout entière et la rebâtir à nouveau. Alors, quelques médecins aliénistes, pas tous, mais quelques-uns, se récrient et disent : La loi de 1838 est excellente ; si on demande à y ajouter un ou deux articles, on voudra profiter de la circonstance pour tout démolir ; il vaut mieux n'y pas toucher ; c'est l'arche sainte ; une fois mise en pièces, nous ne savons pas ce qu'on nous donnera ; vivons avec la loi telle qu'elle est, comme nous pouvons, et faisons le

silence autour d'elle. Je crois qu'on devrait agir autrement et qu'il serait facile de faire comprendre aux Chambres la nécessité d'inscrire ces nouveaux articles sans vouloir tout refondre.

Au sujet des pensionnaires libres, M. Garnier parle des simulateurs qui pourraient entrer dans les asiles pour obtenir un abri et échapper aux étreintes de la misère. Ces pseudo-aliénés peuvent depuis longtemps tromper les médecins en simulant la folie et en obtenant ainsi les certificats nécessaires pour leur internement. Mais il existe une nombreuse classe de malades qui ne simuleraient pas ; ce sont les aliénés jouissant d'une fortune plus ou moins grande, qui peuvent entrer comme pensionnaires, soit dans les maisons de santé, soit dans les quartiers payants d'asiles ; on pourrait même, pour éviter toute supercherie, inscrire dans l'article de loi que tous les malades qui entreront de leur plein gré, payeront une pension quelconque ; c'est ce qui existe à Bethlem.

§ II. — *Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour les mesures à prendre pour l'internement.*

On peut dire que la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative forme le principal motif de la démolition et de la reconstruction de la loi de 1838. Les anglais depuis six années, depuis l'act. de 1890, ont fait cette substitution ; voyons le résultat de cette expérience ; s'ils ont lieu d'être satisfaits de cette nouvelle manière de faire et si en France nous devons désirer l'intervention de la justice pour l'entrée des malades dans les asiles.

Les médecins anglais trouvent des inconvénients sérieux à l'application de cet article ; il est bon de les faire connaître en France ; ils pourront nous servir plus tard si la discussion venait sur les nouveaux projets de loi.

Le Dr Smith Percy de Bethlem a publié à ce sujet une brochure contenant un grand nombre de faits relatifs à l'entrée des malades : Je suis très heureux, dit-il, qu'il me soit permis d'ouvrir la discussion sur les effets de la nouvelle loi, mais

comme cet asile admet dans l'année plus de cas privés que tout autre établissement du royaume, et comme les principaux inconvénients de la loi résident dans l'admission de malades placés volontairement, il est peut-être utile que cette discussion soit entreprise par quelqu'un appartenant à l'hôpital de Bethlem. Je pense que je ne peux mieux faire que d'apporter devant vous l'exposé des faits et quelques réflexions sur les ennuis que depuis six mois nous a apportés l'exécution de la nouvelle loi.

Voici les inconvénients signalés en suivant les articles de la loi:

Art. 6. n° 1. « Sur la présentation de la demande, les autorités judiciaires devront considérer les allégations y contenues et l'évidence apparente de la maladie d'après le certificat médical. Si cela est nécessaire, le juge doit voir et examiner le malade et avoir la preuve que la maladie existe réellement. Lorsque la maladie est constatée, l'ordre doit être donné, il doit le faire aussi vite qu'il peut le faire dans les sept jours qui suivent la demande, celle-ci après sept jours n'est plus valable et doit être refaite à nouveau; le certificat du juge est envoyé par la poste au pétitionnaire dans une lettre chargée à son adresse. »

L'inconvénient de la loi concernant cet article, une des grandes difficultés dans son application, a été *d'obtenir* du juge ou du magistrat (juge de paix) qu'il examinât la demande.

Dans une première observation deux juges successivement refusent de signer le certificat sur la présentation de la demande pour des raisons injustifiables; c'est-à-dire pour des raisons ne concernant pas l'état d'aliénation du malade, ils ne voulurent pas fixer l'époque pour l'examen de la demande. Le temps s'écoula et une seconde demande dut être faite. Le premier juge était dispensé de signer parce qu'une seconde demande était faite ; mais le juge de County-Court déclara aussi que ses fonctions ne lui permettaient pas de donner sa signature. Ces délais causèrent beaucoup d'ennuis et de pertes de temps au demandeur; pendant ce temps on était obligé de garder

dans la famille un malade à qui il fallait les soins d'une maison de santé.

Dans la deuxième observation, des faits analogues se produisent. Pour le n° 3, ce fut mieux : sur la présentation de la demande le premier juge refusa de signer, mais ne désigna point d'époques pour faire le certificat,on eut beau aller sonner à sa porte, il déclara qu'il était occupé pour une autre affaire, puis il alla à la campagne où on ne le trouva plus, il fallut faire désigner une autre juge, ce qui amena une perte de temps considérable pendant lequel on eut à garder un fou furieux à la maison.

Dans deux cas suivants, les premiers certificats d'urgence expirèrent par la faute du juge, et il fallut en faire signer de nouveaux ; ce qui porta à six le nombre des certificats faits pour chacun de ces malades.

Dans plusieurs cas les certificats des juges étaient libellés de telle sorte qu'on dut tout recommencer. Dans deux autres cas les juges étaient à la campagne, les malades entrèrent à l'hospice d'urgence; mais les coroners en leenacy les ayant examinés firent sortir les malades malgré la gravité de leur état, et l'on dut recommencer au dehors des démarches nouvelles pour une seconde entrée. « On trouvera, dit le Dr Smith, que c'est une « belle marque de civilisation, d'obliger un médecin de mettre « à la rue une personne mourante, parce qu'on ne peut trouver « un juge qui veuille faire son devoir. Si l'année prochaine, « pendant les vacances, il y a la même pénurie de juges et « qu'il y ait des cas semblables à admettre à Bethlem, il sera « difficile de ne pas tourner la loi, sans manquer à tout senti- « ment humain. »

D'après l'article 35 « un ordre d'entrée, s'il paraît être con- « forme à la loi sera une autorité suffisante, etc. ».

Or le Dr Smith cite de nombreux cas qui démontrent les difficultés soulevées par des juges de paix ayant signé des certificats non conformes à la loi. Beaucoup de juges, ajoute-t-il, semblent n'avoir aucune inclination à examiner consciencieusement les documents présentés et ne sont pas capables de faire

un document légal avec tout le soin que demandent les cas concernant les aliénés. Les énormes difficultés qu'éprouvent, soit les parents des malades, soit les directeurs d'établissement, sont devenues insupportables et ne diminueront pas si la forme présente de la loi continue à être appliquée. Un malade (cas 12) est admis le 19 juillet 1890 avec un ordre d'urgence, mais cet ordre d'entrée du juge était mal fait. Il avait oublié de mettre le nom du second médecin certificateur. On a dû lui renvoyer l'acte pour qu'il le refît et faire sortir le malade de l'hospice pour le faire rentrer à nouveau huit jours après.

Enfin dans une dernière série d'observations les juges signent à tort à et travers ; beaucoup signent pour des malades qui ne sont pas du ressort du tribunal, et l'on doit encore, comme pour les autres, les faire sortir à nouveau de Bethlem.

Je crois en avoir dit assez long pour montrer que la loi a causé dans beaucoup de cas des délais injustifiables, que beaucoup de juges semblent incompétents pour accomplir les devoirs que leur impose la loi et qu'il en résulte pour nous beaucoup de difficultés et d'ennuis. Heureusement que, pour notre consolation, il s'est trouvé quelques juges qui ont fait tout leur possible pour réparer les erreurs des autres.

En résumé, l'expérience a démontré en Angleterre qu'il y avait parmi les magistrats beaucoup de négligence et une grande incapacité. Il est probable qu'en France, il en serait de même ; on devra tenir compte de l'expérience de l'Angleterre à ce sujet dans la confection de la nouvelle loi, si elle se fait, et repousser l'ingérence des juges avant l'entrée des malades ; après l'internement, les inconvénients sont beaucoup moins graves puisque le traitement n'est pas retardé ; mais là encore nous aurons à souffrir de l'infatuation de quelques magistrats qui ne savent rien des maladies et qui ne veulent rien savoir, qui déclarent que les médecins aliénistes ne doivent pas être consultés pour constater la folie, parce qu'ils voient la folie partout, et qui mettent les malades en liberté lorsque ceux-ci peuvent déclarer qu'un écu vaut cinq francs.

§ III. — *Des amusements et des visites à volonté dans les Asiles.*

Au sujet de l'asile riant et de la manière de voir de M. Marandon de Montyel à ce sujet, je dirai aussi ce que j'ai vu à Bethlem et le résultat de ma propre expérience, touchant la question *des visites à volonté*.

A Bethlem, le plan des bâtiments comporte trois étages superposés avec un grand couloir central sur lequel s'ouvrent les cellules ; mon étonnement fut grand de voir la décoration en partie artistique de ces grandes galeries un peu sombres, qui servent de salons, de salles de jeux et de promenoirs d'hiver aux aliénés ; leurs parois sont entièrement tapissées d'objets curieux de toute espèce : tableaux, gravures, faïences, meubles de prix, bibliothèques ; quelques-uns de ces bibelots sont des objets d'art d'une grande valeur ; parmi ceux-ci toute une collection de grès de Doulton ; quelques vitrines pourraient être placées dans un musée : la variété des choses exposées est très grande ; quelquefois on sourit au passage, en voyant une très belle gravure de l'impératrice Eugénie faire pendant au portrait du président Carnot ; des statues de la Vierge Marie paraissent étonnées de se trouver dans ce milieu protestant. Il y a un fonds de distraction ; chaque année on y ajoute quelque chose. En 1894, on avait placé un petit billard dans la quatrième galerie et une vitrine de mouettes empaillées. Les distractions, cette année, avaient été variées et abondantes ; il y avait eu des bals, des concerts et des représentations théâtrales ; un arbre de Noël avait été organisé grâce aux souscriptions des gouverneurs ; on avait fait des excursions aux courses de canot d'Oxford et de Cambridge, à la réunion d'Epsom et aux courses d'obstacle du Comté de Kent. Dans Londres même des promenades où les malades étaient très nombreux, notamment aux Docks et au pont de la Tour ; il n'y avait eu nulle part d'incidents désagréables. Un M. Vood avait fait un don pour ce fonds de distractions ; le trésorier avait donné quelques volumes reliés du *Strand Magasine*. Enfin on

avait continué la publication d'un journal rédigé par les pensionnaires de l'Asile et intitulé « Sous le dôme ». Il faut savoir qu'un dôme analogue à celui de la Salpêtrière domine la partie centrale de l'Asile de Bethlem. Je crois chose excellente pour le plus grand nombre des malades, ces distractions qui leur rappellent leur vie antérieure; ils souffrent moins de leur internement, et ne se regardent plus comme séparés de leurs semblables en se trouvant mêlés à eux dans les grandes circonstances de la vie anglaise. J'ai agi de la même façon dans la décoration de mon asile que j'ai rempli d'objets d'art ou curieux au milieu desquels vivent nos malades ; je dois dire que je n'ai jamais eu lieu de les regretter ; à la surprise de tous jamais aucune faïence n'a été brisée, aucun tableau détérioré malgré le nombre et la variété des aliénés qui s'y rencontrent.

Pour les visites à volonté des malades dans les asiles ou maisons de santé, je puis en parler par expérience ; je pratique cette manière de voir, mais non pour tous les aliénés. Actuellement tous mes malades idiots ou déments sortent au dehors avec leurs parents à qui je les confie ; la mère de l'un d'eux vient tous les deux ou trois jours prendre son fils pour le conduire aux bains de mer avec son gardien. Un autre est conduit chaque mardi dans sa famille à huit heures du matin et ne rentre que le soir vers neuf heures, sans que je m'inquiète de ce qui lui arrive, la mère prenant la responsabilité de son fils. Des malades atteints du délire des persécutions, étrangers à la ville, sortent chaque jour non accompagnés pour faire une promenade de deux ou trois heures aux environs; ils vont dîner chez des amis, il, reçoivent leurs familles, passent leurs journées avec eux soit dans les jardins de l'établissement, soit au dehors dans la campagne.

Le frère d'une phobique qui habite loin et ne peut venir voir sa sœur qu'une fois par an, arrive le matin dans mon établissement et y passe la journée entière, ses visites durent parfois cinq ou six jours consécutifs : des hallucinés chroniques se promènent en liberté dans le jardin et même font à deux, l'un étant chargé de l'autre, de très grandes promenades au dehors, etc.

Je fais exception pour les alcooliques, pour les paralytiques généraux à la première période, pour quelques hallucinés qui ne se croient pas malades et qui réclament violemment leur sortie; le départ de leurs parents les exaspèrent et amènent des scènes de violence et l'exacerbation des symptômes d'excitation ; je pourrais formuler à ce sujet une règle générale que voici : Donner toute liberté à ceux qui acceptent leur situation, et refuser même les visites à ceux qui sont en traitement et qui n'acceptent pas l'internement. Mais faire entrer les familles dans les quartiers, le faire sans fixation aucune de jour et d'heure, c'est mettre un grand désordre dans la maison et je pense que, l'expérience aidant, M. Marandon de Montyel ne tardera pas à changer sa manière d'agir.

§ IV. — *De l'internement des alcooliques.*

Enfin, je terminerai ce travail par quelques mots sur l'internement comme mode de traitement des alcooliques; il est bien entendu que nous parlons des dipsomanes ou alcooliques aliénés; ce traitement doit être prolongé plus longtemps que ne le dit M. Marandon de Montyel, et son échelle de temps nécessaire à la guérison est une idée théorique qui n'est pas la conséquence de l'expérience des choses.

Pour guérir un dipsomane complètement, c'est-à-dire pour en faire un abstinent complet et de durée, il faut au moins une année d'internement, peut-être deux, ceux qui partent après trois mois, rechutent toujours; j'ai plusieurs observations à l'appui de ce fait, malheureusement le traitement est rendu impossible par les magistrats qui examinent les malades ; j'ai voulu traiter à fond quelques alcooliques, mais avant le sixième mois ils ont demandé leur sortie ; le tribunal l'a accordée, ne voulant pas comprendre que le jugement de mise en liberté les rejetait dans l'incurabilité, l'un d'eux était pourtant un dipsomane dangereux qui avait été condamné, en police correctionnelle, à la prison pour avoir d'un coup de bâton fracturé le bras d'une vieille tante. Le nouvel hôpital d'ivrognes sera donc

inutile, tant qu'une nouvelle loi ne permettra pas d'interner les dipsomanes le temps nécessaire à leur guérison; espérons que cet article, nouvelle amélioration dans la loi de 1838, pourra facilement être obtenu des pouvoirs publics. Pour les certificats concernant la sortie des dipsomanes, je ne suis pas de l'avis de M. Garnier, et je pense que si un juge qui ne voit que l'apparence des choses, peut déclarer un dipsomane guéri et le mettre en liberté, un médecin aliéniste doit voir le fond des choses et se dire : Tel dipsomane paraît guéri, l'est-il réellement ? Et s'il n'est pas certain de la guérison, s'il croit que l'individu va recommencer à boire immédiatement, il ne doit pas déclarer ce dipsomane guéri et faire un certificat concluant à la mise en liberté. M. Marandon de Montyel, en voulant conserver son malade pour obtenir la cure radicale, est dans le vrai rôle du médecin.

M. LE Dr LAPOINTE. — **De l'internement des aliénés dans les asiles.**

Dans son étude si intéressante sur l'internement des aliénés dans les asiles, l'honorable Dr Garnier envisage au point de vue du traitement l'utilité du travail. Notre savant confrère ne fait néanmoins qu'effleurer ce point de vue et c'est pour cette raison que je vous demanderai d'ajouter quelques mots sur le même sujet.

La thérapeutique ordinaire dans un asile d'aliénés se réduit à peu de chose, et je ne doute pas que, sous ce rapport, la plupart des aliénistes ne partagent cette manière de voir.

Mais il est une thérapeutique qui jouit à mes yeux d'une haute importance, c'est celle qui consiste dans ce que l'on peut appeler le traitement moralisateur, ou mieux esthétique, je ne dirai pas de l'aliénation mentale, mais des aliénés que l'asile renferme.

Elle comprend les moyens les plus nombreux et les plus variés, et ceux-ci se résument dans l'impulsion tout entière, imprimée à l'institution, et dans un ordonnancement tel de son

fonctionnement, qu'il puisse en résulter pour les intéressés, des conditions d'existence, qui se rapprochent dans la mesure du possible, de celles de la vie ordinaire.

Mais il ne faut pas l'oublier, l'anormal dans l'anormalité même est la règle en ce qui concerne les aliénés. Il faut donc, en ce qui les touche, voir les choses par la froide observation, sans parti pris, et en dehors de toutes conceptions systématiques.

Pour ne parler que du restreint, comme moyen de traitement, on peut croire qu'il s'imposera toujours, et que les murs d'un asile bien compris ne tomberont jamais complètement, parce que les attitudes pathologiques qui relèvent de la folie, varient singulièrement entre elles, et que ce dont peuvent être affranchis les uns, se montre indispensable pour les autres.

Mais je me hâte d'ajouter que le restreint, de bon droit, a bien changé, et qu'il consacre aujourd'hui le plus beau succès de la thérapeutique des aliénés par le renoncement à la rigueur de ses moyens d'autrefois. La pratique déjà ancienne s'applique désormais à scinder par groupement leur population.

Elle soumet les uns au restreint parce qu'elle ne peut faire mieux, et sans le supprimer, elle le relâche pour d'autres. A de plus dirigeables, elle accorde une liberté relative, à l'établissement même ; elle les occupe aux soins d'intérieur, dans des ateliers, ou des terrains annexes où ils mettent à profit des habitudes acquises.

Pour d'autres enfin, dont la raison s'améliore et tend à reprendre ses droits ou dont l'état mental est comme cristallisé dans une forme devenue immuable, le restreint tombe et se dépouille de toutes ses manifestations extérieures.

C'est alors que dans bon nombre d'asiles, un groupement se fait des colonies agricoles qui en sont isolées et plus ou moins distantes. C'est là le modèle d'hospitalisation de cette catégorie d'aliénés. Ils y travaillent, comme tous, dans leur intérêt propre et dans celui de l'institution tout entière.

Au résumé, c'est donc dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés.

Le travail, et surtout le travail au grand air, a pour effet de relever non seulement l'état physique des malades, et de reculer, jusqu'à la dernière limite, la déchéance finale.

Mais s'il ne guérit pas toujours, on peut dire qu'il fait naître des habitudes régulatrices, qui suppléent à l'entendement qui n'existe plus.

Notre tâche à nous, médecins d'asiles, est bien tracée ; elle doit consister avant tout à faire application de ce grand moyen thérapeutique.

Mais il faut dire que la tâche n'est pas facile, et qu'il est nécessaire de conseiller souvent, de diriger sans relâche et d'insister toujours.

La séance est levée.

SÉANCE DU MARDI 4 AOUT (SOIR)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr VALLON, VICE-PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 2 heures. La parole est donnée à M. Marie.

M. LE Dr MARIE. — **Sur l'internement des aliénés, à propos du rapport de M. Garnier.**

Au risque d'une redite après les observations de M. Taty dans le même sens, je vous demanderai la permission de m'élever énergiquement contre la condamnation des asiles de chroniques que le rapport de M. Garnier enterre sur une question de mots.

La crainte de clouer au frontispice d'une catégorie spéciale d'établissements le *Lasciate ogni speranza* de Dante, me semble un argument de faux sentiment qui ne saurait nous empêcher d'étudier froidement cette question vitale de la distinction des aliénés en aigus et chroniques au même titre que les malades autres traités dans les hôpitaux ; je dis chroniques pour ne pas dire le mot incurables qui effraye MM. Garnier et Falret. Mais en fait, pour les malades ordinaires n'avons-nous pas des hospices d'incurables ? Nous connaissons tous celui de Paris, où il est, comme le disait humouristiquement hier l'un de nous, plus difficile d'entrer que d'être nommé sous-préfet. Le vers de Dante cloué à son frontispice n'empêche pas la foule des incurables ordinaires de s'y ruer, et il en serait de même de l'asile des

aliénés chroniques, qu'on les considère comme incurables ou non.

En continuant de confondre aigus et chroniques dans nos asiles, c'est tous nos établissements que vous vouez à la désespérance de toute curation, car vous renvoyez ainsi aux calendes l'avènement de la phase vraiment médicale et thérapeutique de l'aliénation mentale, pour rester dans la période d'assistance administrative et d'hospitalisation en masse pêle-mêle.

Il faut enfin avoir le courage de le dire ici, que possédons-nous en fait d'asiles publics presque partout en France, si ce n'est des garderies, des asiles-casernes, indignes, pour la plupart, du nom d'hôpitaux de traitement pour les aliénés. On fait de tout dans ces caravansérails encombrés, de l'administration, de la culture, de l'élevage, de la médecine ordinaire même, mais fort peu de thérapeutique mentale.

Le préjugé contre lequel s'élève M. Garnier à la page 29 du rapport, qui consiste à penser qu'en internant un malade à l'asile on va le rendre tout à fait fou, se fonde sur un fait réel, celui de l'abandon relatif dans lequel trop souvent tombe le nouvel interné au point de vue de l'observation individuelle et de la thérapeutique spéciale. Cette observation et cette thérapeutique deviennent impossible à réaliser dans un milieu encombré de chroniques dont l'inspection superficielle seule absorbe déjà le médecin impuissant à faire face à un nombre de malades trop considérable pour un seul homme.

C'est ce qu'exprimait déjà Roger du Loiret en 1837 lorsqu'il s'écriait : « En introduisant au milieu d'une troupe de fous incurables un malade atteint de folie récente ou passagère, vous compromettez la guérison, vous la rendez à jamais impossible, il n'y aura plus bientôt à l'asile qu'un incurable de plus ! »

Et, comme pour nous apporter la confirmation de ces tristes prévisions, que voyons-nous se produire depuis que nos asiles sont de plus en plus envahis et noyés par le flot montant des chroniques plus ou moins incurables ?

M. le professeur Pierret, au Congrès de Lyon en 1891, en

jetant le cri d'alarme, en faisait l'inquiétante constatation : on ne guérit plus dans nos asiles ; le taux des sorties par guérison tend à tomber, de 30 et plus °/₀, à 20 et au dessous, alors qu'à l'étranger, en Angleterre particulièrement, il se maintient satisfaisant ; c'est qu'on y distingue les aigus curables des chroniques qu'on élimine hors de l'Asile-hôpital, où la proportion des médecins se rapproche de celle des hôpitaux autres.

Certains auteurs ont bien soutenu, en s'appuyant sur une phrase de Marcé, que la vue d'aliénés plus malades est parfois salutaire pour la cure des entrants. Je crois que cette façon de voir est la même qui attribuait aux douches de punition et à la contradiction une influence modificatrice sur les conceptions erronées des malades.

Je pense que les cas de délire aggravé par le voisinage de délirants autres, est un fait bien plus avéré ; je n'en veux pour preuve que la forme psychopathique décrite par les auteurs anglais sous le nom d'*Asylum dementia*, comme démence provoquée par le séjour prolongé à l'asile au contact constant et exclusif d'aliénés variés dont les psychoses ne sauraient réagir les unes sur les autres que dans le sens d'une aberration progressivement grandissante.

Toujours est-il qu'au déplorable état de choses que l'on peut reprocher à nos asiles, à savoir l'encombrement et ses conséquences, la diminution croissante des cures en particulier, il paraît y avoir deux causes essentielles :

1° La confusion des aigus et des chroniques, d'où il suit que les curables se trouvent en quelque sorte perdus et noyés dans le flot montant des malades autres ;

2° L'insuffisance en nombre des médecins et la situation actuelle intolérable des chefs de service, écrasés par des contingents de cinq et six cents malades, dont les trois quarts échappent à une action thérapeutique effective par leur état de chronicité initiale ou acquise, et dont le reste curable, perdu parmi les autres, échappe à son tour à l'action du médecin, qui ne peut les connaître suffisamment.

L'asile encombré, et ils le sont presque tous, ne peut offrir

de place libre et facile aux entrées précoces, d'où retard à l'internement et admission des malades après la phase initiale du début, la seule propice à l'intervention curative. Si encore les chroniques à l'état naissant pouvaient être l'objet d'une attention spéciale soutenue et concentraient sur eux les efforts du médecin ; mais non, ils sont répartis dans des sections de cinquante à soixante malades chaque, catégorisés non pas cliniquement, mais en gâteux, agités, semi-agités, tranquilles et travailleurs, c'est-à-dire une classification d'infirmier qui mélange les variétés les plus disparates et les confond ; on ne saurait d'ailleurs faire autrement, les sections étant ainsi édifiées pour permettre la surveillance à l'aide d'un nombre d'infirmiers toujours insuffisant (et nous ne parlons que de l'insuffisance en nombre).

Dans ces sections, le médecin passe chaque jour, comme le général devant les régiments, parcourant le front des troupes alignées, où il ne voit plus que la masse en bloc et perd de vue l'individu. Or, je le demande, est-il une affection qui nécessite pour être connue et par suite traitée un examen plus approfondi, une observation plus minutieuse, plus prolongée, plus intime que la folie? Aucun médecin de nos asiles publics ne saurait nier que l'organisation actuelle de la plupart de nos services d'asiles proprement dits nous met dans l'impossibilité matérielle et morale de procéder à un tel examen de tous les malades confiés à nos soins. Dès lors, on ne saurait nous reprocher notre impuissance thérapeuthique ; alors même que la guérison de la folie serait une question plus avancée et mieux résolue, nous n'en pourrions appliquer les bienfaisants effets dans de telles conditions.

Le public nous demande des cures, et notre organisation administrative nous permet à peine un diagnostic précis, car je ne considère pas comme garanties suffisantes les certificats officiels et les registres légaux. Les premiers sont des constatations immédiates qui sont l'occasion d'examens directs dépassant rarement la durée d'une demi-heure, une heure au plus ; ces examens à fin de certificats sont le plus clair de l'observation

directe pour beaucoup ; quant aux registres de la loi, je crois qu'on peut n'en point parler à ce point de vue.

Je sais bien qu'on ne saurait demander un examen suivi et approfondi à un médecin-directeur, chargé comme la plupart le sont, d'attributions multiples et rien moins que médicales ; ce n'est pas que je pense qu'on doive rendre les directeurs administratifs, bien au contraire ; mais pourquoi ne pas laisser à côté du médecin-directeur une sphère d'action médicale autonome au médecin-adjoint érigé en médecin traitant responsable ?

Le nombre des malades jusqu'ici confiés à la responsabilité d'un seul homme serait diminué de moitié, pour le plus grand avantage de l'observation et de la thérapeutique individuelle. L'insuffisance en nombre des médecins traitants pourrait en effet être ainsi corrigée sans augmentation de dépenses, par une simple réorganisation de l'adjuvat, dont la conception actuelle repose sur une méconnaissance du bienfaisant principe de la division du travail. En 1838, l'absence de spécialisation préalable conduisit à la conception du stage subalterne des médecins-adjoints, stage qui n'a plus sa raison d'être aujourd'hui. La spécialisation et la compétence des médecins d'asiles sont actuellement garanties dès l'abord par l'internat et le concours spécial ; on les place malgré cela en sous-ordre, sans initiative ni responsabilité pendant un temps indéfini, de plus de dix ans parfois, auprès de médecins-directeurs souvent âgés, réclamant en vain leur retraite, issus de générations médicales entièrement différentes et sans point de contact possible, parlant même un langage scientifique différent. Dans ces conditions, le médecin-adjoint est comme une cinquième roue au char, il ne peut s'atteler à la même tâche, ou ne peut qu'y tirer en un sens différent sinon opposé; son action se trouve paralysée, celle de son chef aussi.

On a renoncé à cette hiérarchie surannée dans la médecine militaire, où les hôpitaux ont leurs médecins traitants à côté des médecins-directeurs. Les asiles devraient être réorganisés dans le même sens, d'autant plus que les rares tentatives faites pour confier des fonctions de chefs de service à des adjoints,

n'ont fourni que des résultats encourageants ; je n'en veux pour preuve que les exemples de la colonie de Vaucluse et du service de la clinique de Sainte-Anne. Ce n'est donc pas une question budgétaire et d'augmentation du personnel, mais d'utilisation du personnel actuellement existant par l'attribution à chaque médecin spécialisé d'une sphère d'action autonome avec les responsabilités qui en découlent.

En résumé, le sens dans lequel nous aurions souhaité voir notre distingué rapporteur orienter ses vues peut se ramener au programme suivant :

Distinction essentielle des aliénés en aigus et chroniques, la proportion actuelle d'un chef de service médical pour cinq cents malades ne pouvant s'appliquer à la rigueur qu'aux seconds ;

Concentration sur les aigus de l'action médicale thérapeutique, en ramenant autant que possible la proportion du nombre des malades pour un seul service à celles d'un hôpital ordinaire pour permettre l'observation suivie rigoureusement complète et l'action curative individuelle.

Pour ce faire, réorganisation de l'adjuvat sur les bases d'une division logique du travail et des responsabilités.

Enfin compréhension aussi large que possible de l'assistance des aliénés sans en exclure aucune catégorie, à l'encontre de la proposition (p. 43) énoncée par le rapporteur d'écarter du budget spécial et des garanties tutélaires de la loi une catégorie aussi nombreuse et aussi intéressante que celle des déments.

Ce n'est pas à nous, médecins aliénistes, de repousser une catégorie de malades aussi évidemment cérébraux, et M. Garnier n'a pu arriver à cette conclusion restrictive qu'en conséquence de ses prémisses repoussant la distinction entre aigus et chroniques ; en sorte que, après avoir repoussé la distinction et demandé avec M. Falret en quelque sorte le *statu quo* et le mélange il demande le désencombrement par élimination d'une catégorie de chroniques qu'il voudrait repousser loin du sanctuaire de la médecine mentale ! Si Charcot avait repoussé les déments organiques et les ramollis cérébraux de ses services, nous en serions encore à attendre les localisations corticales que l'anatomoclinique

a décelées sur ces malades. Or c'est le plus clair de nos acquisitions anatomiques et physio-pathologiques en médecine mentale et nerveuse.

D'ailleurs, éliminer les déments séniles seuls ne saurait suffire ; pourquoi fermer les yeux à l'évidence et n'adopter que des demi-mesures ; tous les modes d'assistance doivent être utilisés ; l'hôpital des maladies mentales et nerveuses manque, constituons-le sans créer trop d'asiles nouveaux, mais en rendant surtout à leur vraie destination les asiles encombrés. Eliminer les chroniques se peut faire de nombre de façons, tant par l'annexion de chronicks-blocks pour gâteux et impotents comme en Grande-Bretagne, par le développement des asiles-fermes pour débiles et imbéciles valides, que par la création de centres de placements familiaux pour déments et séniles.

Je crois avoir démontré par le fait la possibilité d'éliminer économiquement un nombre illimité de chroniques par la colonisation familiale, sans création d'établissements nouveaux ; j'ai lutté quatre ans pour faire rentrer nos malades ainsi sortis des asiles dans le giron de la loi de 38, au point de vue de l'administration des biens particulièrement, l'expérience m'en ayant montré la nécessité. Je crois pouvoir soutenir que ce serait une énormité médicale et une colossale erreur que de confier à des médecins non spéciaux le soin de surveiller de tels malades à mentalité si diversement et si profondément altérée. De même qu'ils doivent continuer à passer tout d'abord à l'asile fermé, comme en Ecosse, de même ils doivent, après observation suivie et évacuation, continuer à être soumis à une surveillance et à des soins spéciaux. Ce qu'on englobe sous l'étiquette générale de déments comprend des catégories très diverses dont le passage à l'asile, suivant le principe emprunté à l'Ecosse, doit être énergiquement maintenu. L'aliéniste seul peut juger de ces questions de diagnostic de psychoses tardives, de démence simple ou de combinaisons autres.

M. Garnier p. 18 de son rapport, demande le placement direct et immédiat des déments dans un établissement (hospice ou colonie) sans passer par l'asile. Plus loin il reconnaît qu'il y a

lieu à examen sérieux par un médecin compétent, sans nous dire où se pratiquera cet examen préalable. Il nous semble que la seule compétence logique soit celle de l'aliéniste.

M. Garnier, qui chaque année envoie à Sainte-Anne des déments dans la proportion d'un tiers du total des placements d'office arrêtés par le Préfet de police, estime qu'« il y aurait lieu de laisser ces malades en dehors des règlements législatifs applicables aux aliénés », par la raison que « c'est une étrangeté que de les placer sous le régime de la législation des aliénés » ; outre que ce n'est pas là un motif, M. Garnier a-t-il songé aux conséquences d'une telle exclusion ? Il sait bien cependant que la loi de 38 est une loi non pas seulement de défense sociale, mais surtout de protection tutélaire de ces malades ; pourquoi priver ces déments de cette garantie légale ? Il faudrait alors organiser une administration provisoire de leurs biens et faire une seconde loi de protection pour eux, calquée sur celle des aliénés ; c'est-à-dire que si la loi de 38 ne s'appliquait pas à eux, il la leur faudrait étendre. Si c'est une question de répartition budgétaire, que nous importe le chapitre où sont inscrits les fonds, pourvu que nos malades soient assistés. Je comprends à la rigueur que des formalistes des finances puissent chicaner sur ce point, mais pas des médecins.

Nous en serions encore, avec de telles questions de forme administrative, à attendre la réalisation des mesures d'assistance les plus urgentes. Il me paraît d'ailleurs que M. Garnier en est resté aux objections préalables présentées au Congrès de Blois à propos de la question des colonies familiales ; pour lui, les solutions administratives intervenues depuis l'application du système à 500 malades pendant quatre ans, sont restées lettres mortes, ainsi d'ailleurs que la consécration légale définitive du principe de l'assistance familiale (décision ministérielle du 26 février 1896) et l'introduction dans la loi nouvelle proposée des articles additionnels spéciaux à cette méthode, à la suite de rapports et enquête parlementaires (rapports spéciaux de MM. G. Berry, J. Reinach et Lafont : — documents parlementaires, session 1893 et 1894, n°s 217 et 401). Mais si le rapporteur con-

serve une antipathie particulière pour l'assistance familiale, peu importent les méthodes pourvu que l'on élimine les chroniques de l'asile de traitement, et j'entends par chroniques non seulement les séniles, mais les vésaniques chroniques, déments précoces, organiques et autres, dans l'acception la plus large du mot.

A l'appui de la distinction nécessaire des malades en aigus et chroniques avec établissements d'assistance différents, on peut citer les statistiques sans réplique de Letcheworth (Congrès de Denver 1892), l'éminent aliéniste américain, président du conseil supérieur d'assistance de l'Etat de New-York, y montre que le pourcentage des guérisons d'un asile où aigus et chroniques sont mêlés est moindre que la moyenne combinée d'un asile d'aigus et d'une colonie de chroniques bien organisée.

L'action déprimante de l'asile pour certains chroniques qui n'ont plus à y recevoir de traitement sérieux, est non seulement démontrée par l'*Asylum démentia* que je citais plus haut, mais encore par le réveil très net des malades rendus à un milieu familial et social normal par évacuation de l'asile.

En Angleterre, le principe du retour à la société de tels chroniques par le placement familial est si bien adopté qu'on l'applique même à la sortie conditionnelle des aliénés criminels et dangereux pour désencombrer l'asile-prison (ex. de Perth).

L'avenir de la médecine mentale me paraît dépendre de ce principe de la séparation des aigus et chroniques, et si les idées que je me suis permis d'émettre ici pouvaient paraître subversives à quelques-uns, je me retrancherais derrière l'autorité d'un maître en la question.

Esquirol, dès 1817, consulté par le ministre de l'Intérieur sur un programme des réformes les plus urgentes du régime des aliénés, disait :

« Dans nos asiles on admet les aliénés incurables, et on
« garde ceux qui ne guérissent point ; *aussi est-il vrai de*
« *dire que nous n'avons point en France d'établissement spécial*
« *exclusivement consacré au traitement de l'aliénation mentale.*
« Il conviendrait de faire un petit nombre d'établissements

« dans chacun desquel on pourrait recevoir *150 à 200 aliénés* « *mis en traitement;* ces établissements serviraient de modèle, « d'école d'instruction et d'objet d'émulation pour les autres « maisons.

« L'aliéné, pour y être admis, ne devrait point avoir été « traité ailleurs et sa maladie ne devrait dater que d'un an au « plus. Il ne pourrait rester plus de deux ans dans *l'hôpital;* « *aussitôt qu'il serait reconnu incurable, il serait évacué.* »

(Esquirol. — Rapport au ministre, septembre 1818.)

On ne saurait formuler plus clairement et plus simplement les principes essentiels d'une assistance vraiment thérapeutique de la folie.

C'est ce programme que nous souhaiterions voir enfin réalisé, et dont nos congrès pourraient poursuivre la réalisation dans la mesure de leur possible, tant par leurs vœux que par l'organe de leurs rapporteurs.

M. DELMAS. — **Discussion sur le Mémoire de M. Paul Garnier.**

M. Delmas. — Si notre confrère a bien distingué les cas où la séquestration dans un asile s'impose d'urgence, il eût dû faire sur ce point particulier quelques réserves. En effet, certains états aigus peuvent se résoudre si rapidement parfois, sans le secours de l'asile, qu'il est plutôt sage de le tenter, au risque, en échouant, d'en arriver ultérieurement à cette ressource suprême.

Combien échapperaient ainsi à la déchéance sociale irrémédiable, due à l'asile.

Tout ce que nous a dit M. Garnier au sujet des variétés graves de l'hystérie à interner ou non, est de la plus rigoureuse vérité.

Pour cette catégorie de malades plus encore peut-être que pour tous les autres nerveux intellectuels, l'asile ne doit être employé qu'à la dernière extrémité.

Quant aux obsédés, aux simples mélancoliques non justiciables de l'asile, ils sont légion et l'isolement rigoureux n'est pas pour eux le meilleur mode de traitement. Vivant avec leurs pareils, ces égoïstes mentaux, renfermés dans leurs idées morbides, ne se prêtent entre eux aucun secours.

Tout autre est la situation de ces malades au milieu de simples nerveux, surtout si l'on y joint des gardes intelligents, ayant un seul ou peu de malades à surveiller et à diriger, selon les instructions médicales. On peut ainsi bien mieux combattre leur obsession, leur état mélancolique, et obtenir des dérivations intellectuelles salutaires.

Je regrette que notre confrère ait passé sous silence *la spécialisation* des asiles.

De même que dans la clinique générale (médecine et chirurgie), nous devons de très grands progrès à la *spécialisation*, de même en obtiendra-t-on dans la clinique des maladies mentales, le jour où des asiles *spéciaux* seront créés pour les principales catégories d'aliénés, suivant qu'on aura à faire à des chroniques consécutifs, ou à des dégénérés primitifs, ou à des cérébraux simples.

En procédant ainsi, on pourrait espérer voir diminuer encore le nombre considérable de ceux qu'on est peut-être trop enclin *a priori* à classer dans les incurables et à abandonner à leur destinée morbide et fatale. La remarquable clinique de Bicêtre de notre savant collègue, M. Bourneville, n'est-elle pas une preuve de la bonté de notre thèse à savoir : que la nécessité de la spécialisation dans l'étude et la thérapeutique des maladies mentales s'impose aujourd'hui.

En terminant ces réflexions suggérées par le beau travail de M. Garnier, nous ne saurions assez dire combien nous avons été heureux de voir notre confrère proposer la création d'asiles *spéciaux* pour les aliénés criminels, asiles n'ayant pas le titre heureux qu'il propose — *asiles de sûreté* — rien d'enfermant pour les individus, ni pour leurs familles.

Seulement, nous nous permettrons d'ajouter, que ces asiles devraient être établis sur de telles bases confortables et hygié-

niques, que, sauf de rares exceptions, ils seraient le séjour de ces aliénés criminels, *jusqu'à leur mort*, quelle que fût leur apparence de guérison.

M. Serbski insiste sur le traitement pratiqué en Russie par le séjour au lit des aliénés. Les essais faits dans un certain nombre d'asiles ont donné, jusqu'à présent, les meilleurs résultats. Les malades atteints d'une affection aiguë sont placés au lit, sous la surveillance d'un garde, mais non pas dans des chambres isolées; on a installé des dortoirs où sont couchés une cinquantaine de malades. Les entrants voyant tous les autres couchés ne cherchent pas à quitter leurs lits; ils finissent par rester bien tranquilles et il est rare qu'on ait ensuite besoin d'un garde pour les maintenir au lit. Les cellules d'isolement sont, d'après cette méthode, complètement inutiles.

Dr PARIS. — **Séquestrations prolongées après guérison, nécessitées par secret professionnel et mesure prophylactique. — Imprévoyances de la législation qui régit les aliénés. — Vœu.**

Messieurs,

Je me suis trouvé, assez récemment, en face de quelques cas assez embarrassants, ainsi que vous pourrez en juger ; j'ai pensé que leur relation sommaire intéresserait les membres aliénistes du Congrès, surtout en raison des conséquences pratiques que vous estimerez peut-être devoir en découler :

Une femme, mariée, âgée de trente-huit ans, mère de plusieurs enfants, entrait dans mon service au printemps de 1893, après un court séjour dans un hôpital. Elle était atteinte de manie aiguë ; son agitation était tellement vive que l'on aurait presque pu penser à du délire aigu.

La période prodromique s'était passée hors du domicile conjugal ; notre malade avait traversé deux départements, errant de village en village, puis les troubles intellectuels, les désor-

dres d'actes devinrent tels que la police finit par mettre un terme à ses pérégrinations.

Quelques jours après l'admission à l'asile, nous constatons un ulcère de la cornée, qui guérit lentement sous l'influence de mercuriaux ; le mois suivant nous avons à soigner divers ulcérations muqueuses ou cutanées qui accusent une origine spécifique que confirme un traitement général antisyphilitique. Enfin, éclatent successivement des accidents du côté de la bouche, des yeux, du larynx, etc., accidents dont les résultats du traitement indiquent nettement la spécificité.

Dans le premier mois de séjour à l'asile, l'état mental paraît amélioré pendant quelques jours, cinq ou six jours seulement, puis l'excitation reparaît vive et reste continuellement intense pendant près de cinq mois. Elle affecte ensuite une allure rémittente mais sans que l'on puisse remarquer, durant les moments de calme, le moindre retour de sentiments affectifs ; ils ne commencent à reparaître que dans le courant de janvier 1894, époque à laquelle une amélioration franche se dessine.

Le mois suivant, l'état mental était tel que cette femme pouvait être considérée comme convalescente.

Mais divers accidents, ulcérations spécifiques, venaient de reparaître sur les lèvres, la langue, dans le pharynx ; les yeux étaient de nouveau malades ; Madame C... toussait, etc. ; nous assistions donc à une nouvelle poussée syphilitique.

Renvoyer cette malheureuse dans ces conditions, sans pouvoir prévenir le mari, car nous avions acquis peu à peu la conviction que cette syphilis n'avait rien de conjugal, c'était certainement atteindre toute une famille : sous quel prétexte cette pauvre femme pouvait-elle refuser de partager la couche de son mari sans faire connaître la nature et l'origine de son mal ; comment aurait-elle refusé un baiser à ses enfants ! ?

Le mari m'écrivait lettres sur lettres pour obtenir sa femme ; cet homme était devenu pour moi un véritable obsesseur ; je ne lui ai, néanmoins, fait donner satisfaction que fin avril 1894, alors que tous les accidents visibles, palpables, étaient effacés ou cicatrisés. Et je n'ai pas laissé sortir cette femme sans lui

faire maintes recommandations relatives à ses relations avec son mari, aux précautions qu'elle aurait à prendre vis-à-vis de ses enfants, au devoir qui lui était imposé de consulter un médecin dès qu'elle ressentirait quelque indisposition, etc. En somme, je l'ai mise en état de vivre en famille à peu près sans danger pour les siens, pour ses enfants, au moins.

Une loi et un devoir me mettaient dans l'impossibilité de faire connaître au mari la situation réelle de sa femme ;

Une autre loi me plaçait dans l'obligation de rendre à son mari et à ses enfants une femme qui n'était plus aliénée ;

Malgré l'insistance obsédante du mari, — il m'écrivait chaque semaine, souvent à quelques jours seulement d'intervalle, — j'ai cédé au devoir purement humanitaire qui me prescrivait d'épargner à cette pauvre femme le chagrin d'apporter la maladie chez elle et qui m'imposait de protéger à leur insu le mari et les enfants.

Mais une plainte du mari pouvait m'occasionner des désagréments, mais cette femme pouvait être placée volontairement et, par suite, retirée au gré du mari, car il n'est guère possible de songer, avec la législation actuelle, à demander la conversion en placement d'office d'un placement volontaire, lorsqu'il s'agit d'une convalescente mentale.

Voilà un exemple qui, à mon avis, montre la nécessité de combler les lacunes de cette législation.

Vous avez probablement tous rencontré comme nous, Messieurs, le cas d'une jeune fille enceinte qui donne des signes d'aliénation mentale dès les premiers mois de sa grossesse et que les parents amènent à l'asile. Les troubles intellectuels se dissipent bientôt, la jeune fille vous apprend que ses parents ne connaissent pas sa situation, elle manifeste le désir d'accoucher à leur insu ; vous ne devez donc rien faire qui puisse attirer l'attention des parents. Si vous demandez le transfèrement dans un hôpital, dans une maternité, vous courrez évidemment le risque de tout dévoiler. Je sais bien que les parents peuvent tout découvrir, s'ils font quelques visites à leur fille,

mais il est possible aussi qu'ils ne s'intéressent à elle que par correspondance, qu'elle refuse de les voir, etc...

Enfin, en compromettant le secret de cette jeune fille, en ne lui donnant pas satisfaction, ne vous exposerez-vous pas à favoriser une rechute, êtes-vous certains que votre conscience ne vous reprochera pas un jour, outre cette rechute, une impulsion dangereuse, un infanticide ?

Voici un autre cas que j'ai observé tout dernièrement :

Une femme veuve, mère d'un enfant d'une quinzaine d'années, est violée, les circonstances du viol déterminent, en raison d'une prédisposition spéciale, des troubles intellectuels qui nécessitent le placement dans un asile d'aliénés. La famille nous l'envoie ; il s'agit d'un placement volontaire.

Cette femme qui se croit enceinte, guérit en quelques semaines de sa maladie mentale. Elle vous supplie de la conserver jusqu'au terme de sa grossesse, jusqu'au retour de ses règles, jusqu'à ce que vous ayez la certitude qu'elle n'est pas enceinte, afin que son fils ne connaisse jamais son malheur, afin de ne pas affliger ses parents, afin de ne pas devenir elle-même le jouet de malveillants. Si vous la mettez en liberté avant d'avoir pu vous convaincre et lui faire partager votre conviction qu'elle n'est pas enceinte par exemple (c'était le cas de notre malade chez qui la menstruation a été suspendue pendant plusieurs mois), vous aurez peut-être à déplorer bientôt une rechute, un suicide.

Voilà quelques cas, il serait facile de les multiplier, qui semblent prescrire, dans certaines conditions, une prolongation de la séquestration de femmes guéries d'une maladie mentale. Mais, cette prolongation, que nous pouvons jusqu'à un certain point justifier comme mesure préventive de rechute, est illégale et dangereuse pour le médecin qui la fait : l'illégalité est manifeste ; le danger n'est pas moins évident, car le médecin impose au département et à une commune, s'il s'agit d'une indigente, à la famille, s'il s'agit d'un placement volontaire, un surcroît de dépenses qu'il est exposé à se voir reprocher juridiquement.

La législation actuelle ou les projets à l'étude ne prévoient pas de tels cas, et je n'ai fait allusion qu'aux plus complexes, qui nous exposent non à une violation directe du secret professionnel, mais qui nous conduisent, si nous observons strictement les lois, à une divulgation non moins brutale bien qu'indirecte, à favoriser sciemment la transmission d'affections graves, de causes de dégénérescences et de dégénération.

J'estime donc qu'il y aurait quelque chose à faire pour mettre le médecin en situation de respecter à la fois et la loi et les prescriptions humanitaires ou sociales de sa conscience.

Peut-être y aurait-il lieu de formuler le vœu que la loi qui régit les aliénés soit complétée par un article à peu près ainsi conçu :

Toute personne guérie d'un accès d'aliénation mentale qui demande à prolonger *momentanément* son séjour dans un asile d'aliénés, jusqu'à guérison d'une maladie physique transmissible ou en raison d'un état passager qu'elle aurait intérêt à tenir secret ou pour lequel le secret médical peut être engagé, peut, après avis motivé du médecin, soumis d'une façon strictement confidentielle au Préfet et au Procureur de la République, être retenue dans un établissement de ce genre.

La durée de la prolongation sera limitée autant que possible.

Une telle addition ne ferait, à notre sens, qu'accentuer le caractère d'assistance de cette loi sur les aliénés que l'on ne considère généralement et que l'on n'interprète trop souvent que comme loi de police.

M. Bourneville. — La question que nous discutons est l'une des plus importantes de l'assistance et du traitement des malades aliénés. L'*internement* ou mieux le *placement des aliénés* dans les asiles s'impose dans la grande majorité des cas. Pour les malades pauvres ou peu aisés, elle est presque toujours indispensable.

Cet internement doit se faire aussi près que possible du début

de la folie, car, pour elle, comme pour toutes les autres maladies, les chances de guérison sont, on ne saurait trop le répéter, d'autant plus grandes que l'intervention médicale est plus rapide. Pour nous, médecins, c'est une vérité banale. Mais il n'en est pas de même pour les familles, il n'en est pas de même pour les Conseils généraux et pour les administrations départementales.

Il faut que les Conseils généraux et les préfets sachent que ce placement précoce réalise une économie pour les finances de l'Assistance publique, en permettant de guérir un plus grand nombre de malades ; que, plus le placement est retardé, moins il y a de chances de guérison ; que le malade dont le placement n'est accordé que tardivement devient souvent incurable et reste alors pendant de longues années à la charge du département. M. Pierret, dans le temps, et plusieurs des orateurs qui m'ont précédé, en ont bien exposé les raisons. Nous n'avons pas à revenir sur les motifs qui militent en faveur de l'isolement, qui justifient cette grave mesure si douloureuse pour les familles. Nous voterons donc les deux premières conclusions du rapport.

La loi distingue deux sortes de placements : les *placements d'office* et les *placements volontaires*.

Les placements d'office entraînent des formalités souvent longues, sauf dans les cas de péril public, évident pour tous, et nombre de préfets ont trop de tendance à attendre la production d'un fait grave.

Les placements volontaires peuvent, au contraire, être effectués d'urgence. Malheureusement les maires, les Conseils généraux, les préfets n'en veulent guère entendre parler. A Paris, les placements volontaires deviennent de plus en plus nombreux bien qu'ils ne le soient pas autant qu'ils le devraient, parce que les familles ne sont pas renseignées, parce que beaucoup de médecins ignorent qu'ils peuvent envoyer directement les malades aux asiles comme à l'hôpital, les prescriptions légales accomplies.

M. Garnier a fait au sujet des *certificats* des médecins, indis-

pensables pour le placement, des remarques judicieuses. J'ai fait copier un certain nombre d'entre eux, que je me propose de publier et de commenter, en les comparant à ce qu'ils devraient être, s'ils étaient conformes aux prescriptions de la loi.

Si vous voulez rapprocher l'asile de l'hôpital, si vous voulez rapprocher les aliénés des malades ordinaires, il faut rendre les placements faciles, prompts, comme pour l'hôpital. Alors moins de résistance des familles, moins de résistance des malades, puisque l'idée de *Maison de santé* aura remplacé l'idée de prison, l'idée de Bastille moderne.

Par conséquent, il faut écarter l'intervention de la magistrature, la formalité du jugement qu'on avait voulu faire intervenir. J'accepte les conclusions XIII et XV de M. P. Garnier qui répondent à cette partie de ma discussion.

L'intervention de la magistrature, après le placement, par suite de nombreuses garanties exigées par la loi du 30 juin 1838 : visite du préfet ou de son délégué, ou du délégué du ministre de l'Intérieur, visite du maire de la commune, du juge de paix du canton, du procureur de la république. Malheureusement ces sages prescriptions de la loi ne sont pas remplies. Ainsi, dans notre service, nous n'avons jamais vu que la Commission de surveillance et la Commission d'assistance du Conseil général, accompagnées des représentants du Préfet. Maire, juge de paix, procureur, sont demeurés invisibles. Dès lors que les difficultés de l'admission sont levées, que le malade est en mesure d'être soigné, j'attache moins d'importance aux formalités ultérieures. Il m'importe peu que la magistrature intervienne. Dans la pratique, si son intervention est facile et peu coûteuse dans certains départements, il n'en serait plus de même à Paris, Lyon, Marseille, etc., où il y a des placements quotidiens, nombreux ; d'où, des difficultés et des dépenses, et ces dépenses seraient mieux appliquées à l'amélioration du sort des malades qu'à payer de nouveaux magistrats.

Sur ce point, M. Garnier a bien fait de rappeler ce que disait à la Chambre des députés, le 6 janvier 1837, M. de Gasparin,

ministre de l'Intérieur : « Les mesures de précaution relatives à l'isolement des aliénés demandent ordinairement une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires et qui sont faciles et naturelles aux opérations administratives. »

Le placement est décidé. Il convient que le malade soit envoyé *directement à l'asile*. Il en est ainsi dans un certain nombre de départements. Dans d'autres, il n'en est pas de même, et nous avons le regret de dire que le département de Meurthe-et-Moselle fait partie de ce dernier groupe. Les aliénés de ce département sont conduits à la Maison départementale de secours. Ils sont placés, les aliénés aux vénériens, les aliénées aux vénériennes. C'est un reste de l'ancien état barbare, où aliénés, vénériens et filles-mères étaient considérés comme des criminels, des gens en dehors de l'humanité, ne méritant ni soins, ni pitié.

Ce mélange des aliénés avec les vénériens a de multiples inconvénients. Parmi ces derniers, il en est qui s'amusent des fous : c'est pour eux un sujet de distraction. On nous a raconté que certains s'amusaient à doucher les aliénés au visage avec l'irrigateur. C'est une réminiscence des *douches de punition*, qui ont été de mode très longtemps, mais qui, nous osons l'espérer, n'existent plus dans aucun de nos asiles et auxquelles certainement n'a recours aucun des membres du Congrès.

Lorsque, dans cette Maison départementale, les aliénés sont agités, parlent, crient, comme ils sont dans le même dortoir que les vénériens qu'ils gênent, dont ils troublent le repos, on peut se demander ce qui arrive.

Et ce séjour se prolonge, nous a-t-on assuré, trois, quatre, quinze jours et même davantage. Nous ne saurions donc trop insister pour que l'administration supérieure veille à l'exécution de ses circulaires, qui prescrivent l'envoi direct à l'asile.

Quant aux aliénés arrêtés sur la voie publique, soit qu'on les considère comme vagabonds, comme errants, ou qu'on les

suppose ivrognes, la situation qui leur est faite dans la plupart des villes, et entre autres à Nancy, est vraiment déplorable. On les conduit au *violon*. Ces violons sont faits pour aggraver la folie et pour propager les maladies contagieuses. Aussi, devrait-on réclamer, au point de vue de l'humanité et de l'hygiène publique, une organisation de ces dépôts dans les conditions qu'exige l'hygiène.

Nous sommes d'accord pour réclamer le placement à l'Asile. Alors, un devoir s'impose : cet internement doit être bénéficiable au malade. Nos asiles doivent être le moyen de traitement par exellence. Pour cela, le nombre des malades de ces établissements et celui de chaque service doivent être limités. Dans beaucoup d'asiles, le nombre des médecins, par rapport à la population des malades, est beaucoup trop limité, ce qui rend tout traitement sérieux très difficile. Il en est ainsi dans plusieurs asiles de la Seine, par exemple à Villejuif, où il n'y a que deux médecins en chef et deux médecins adjoints pour 1,500 malades et quelquefois davantage. Il en est ainsi à Maréville, où pour 1,700 aliénés il n'y a que deux médecins en chef. L'organisation des asiles doit être essentiellement médicale, comme cela existe dans beaucoup de pays étrangers, Angleterre, Etats-Unis, Allemagne, etc.

Pour justifier l'internement, il ne faut pas créer de grandes *renfermeries* comme Maréville, comme Villejuif. Il ne faut pas d'*encombrement* qui jette le désordre, rend inutile tous les traitements, diminue dans des proportions considérables le nombre des guérisons: c'est ce qui a lieu dans la Seine.

L'*encombrement* entraîne à sa suite les mauvais traitements, l'emploi de la camisole, des entraves, des liens de toute sorte, ce qui habitue les gardiens et les gardiennes à la dureté envers les malades. Alors le véritable isolement, l'isolement médical, n'est pas réalisé. L'internement n'est plus une mesure d'assistance : c'est une mesure de police, une mesure de répression. Les aliénés, dans ces conditions, sont moins bien traités que les criminels. Et, contre ces pratiques, nous, les défenseurs nés des malades, nous ne saurions trop protester. Ces consi-

dérations visent les conclusions IV, V, VIII et IX du rapport de M. Garnier, auxquelles nous nous associons.

Dans son compendieux rapport, M. Garnier, s'écartant quelque peu de la question principale, s'occupe des *asiles pour les aliénés criminels*, des *asiles pour les incurables*, des *asiles d'alcooliques*, des *sociétés de patronage* et des *séquestrations arbitraires*.

En ce qui concerne les *asiles* pour les aliénés dits *criminels*, il y a une confusion dans l'esprit de beaucoup de personnes. Il convient de distinguer : 1° Les criminels devenus aliénés ; 2° Les aliénés dits criminels.

Pour les criminels devenus aliénés, il faut des quartiers spéciaux. Il en existe pour les hommes à Gaillon ; il n'y en a pas, croyons-nous, pour les femmes. Il faudrait en créer un, multiplier même ces quartiers, si cela est nécessaire. Nous sommes tous d'accord sur leur utilité.

En ce qui concerne les aliénés dits criminels, c'est-à-dire qui n'ont jamais eu de condamnation, mais ont commis un acte réputé criminel sous l'influence de leur délire, ce sont des malades ; il faut les placer dans les asiles, en prenant les précautions que nécessite la forme particulière de leur délire. C'est là une question spéciale, difficile à traiter incidemment, et qu'il conviendrait de mettre de nouveau à l'ordre du jour des futurs Congrès. Je laisserai aussi de côté la question des *asiles d'incurables*. Elle aussi pourrait faire l'objet d'un rapport et d'une discussion générale.

Quant aux *asiles d'alcooliques*, il en a été longuement parlé au Congrès de Clermont-Ferrand. Cette question a été posée peut-être prématurément. Il est indispensable, en effet, d'obtenir au préalable une loi qui permette l'internement des ivrognes de profession et le prolongement de l'internement pour les alcooliques délirants, dont les troubles intellectuels ont disparu.

On s'est agité beaucoup autour de cette question, et on a perdu de vue une réforme, à notre avis, plus urgente : la création d'asiles pour l'ensemble des aliénés, dont les aliénés

alcooliques. Les aliénés devraient passer avant les ivrognes, avant les criminels.

Il nous paraît inutile de revenir sur les *Sociétés de patronage* qui ont été l'objet d'une discussion intéressante, sur le rapport de notre collègue, M. Giraud, dans l'un des précédents congrès. Je me contenterai de rappeler que c'est à Maréville qu'a été fondée, en 1848, grâce aux efforts de Morel, la troisième Société de patronage qui continue de fonctionner.

Quant aux *séquestrations illégales*, nous nous bornons à faire remarquer qu'elles sont impossibles dans les asiles *publics*. C'est ailleurs qu'il faut en chercher des exemples, entre autres dans certains couvents. Tout le monde se rappelle l'histoire récente d'un commissaire de police, qui se débarrassa de sa femme en l'internant dans un couvent de Caen.

En résumé : 1° Nécessité du *placement immédiat* des aliénés dans les asiles ; — 2° envoi direct des malades à l'asile ; — 3° organisation des asiles de manière à justifier l'internement, c'est-à-dire en vue du traitement, partant *désencombrement ;* — 4° limitation du nombre des malades pour chaque médecin ; — 5° personnel secondaire instruit professionnellement ; sociétés de patronage pour aider le malade guéri ou amélioré, pour éviter des rechutes et partant des dépenses nouvelles.

Nous, médecins, je le redis, nous sommes, je crois, unanimes sur tous ces points. Il faut profiter de l'occasion que nous fournissent les congrès pour propager ces idées, faire pénétrer nos convictions sur la nécessité de ces réformes qui n'ont pour but que le bien des malades et qui sont au bénéfice des finances départementales, dans l'esprit des membres des commissions de surveillance, des membres des conseils généraux et des préfets.

M. Garnier répond à M. Charpentier qui ne veut pas reconnaître comme aliénés les persécutés persécuteurs, sans hallucinations. Il est d'avis de mettre en vigueur des peines disciplinaires dans les Asiles de sûreté, parce qu'il s'agit d'individus spéciaux, pseudo-aliénés, qui suscitent moins de sympathie que les véritables aliénés. Il ajoute que l'observation de

M. Paris traite une question très délicate qu'il lui paraît actuellement impossible de trancher.

M. Arnaud dit qu'en 1837 on a déjà discuté la question des aliénés criminels.

Il faut distinguer, d'abord, comme M. Bourneville, les criminels devenus aliénés et les aliénés devenus criminels, ensuite les aliénés vrais (mélancoliques, persécutés, hallucinés, paralytiques généraux) et ces irréguliers, ces pervers, ces vicieux, qui ont un pied dans le crime et un pied dans la folie, ces sujets dont personne ne sait que faire. Il est impossible de confondre dans un même asile ces sujets si différents.

M. Garnier, répondant à M. Taty qui propose la scission entre les maladies aiguës et chroniques, dit que la différence n'est que dans les mots : les chroniques sont en réalité des incurables.

A M. Giraud, qui conteste la nécessité d'un double certificat, il répond que pour rassurer l'opinion publique deux signatures valent mieux qu'une.

A M. Delmas qui demande l'annexion aux Asiles d'une annexe où les prétendus aliénés seraient en observation, il dit qu'il n'en voit pas la nécessité. A chaque entrée on procède à une surveillance préliminaire.

M. Bourneville, dit-il, a fait des objections à l'idée des asiles spéciaux ; mais il ne nous dit pas ce qu'il faut faire des irréguliers, des délinquants, des fous moraux.

M. Bourneville. — Il faudrait consacrer à cette question un rapport et une discussion générale : elle est trop importante pour être traitée et, à plus forte raison, tranchée en quelques minutes.

M. Régis ne croit pas qu'il y ait une corrélation étroite entre l'augmentation de l'alcoolisme et celle de la folie Dans d'autres centres que Paris, à Bordeaux, par exemple, il y a beaucoup d'aliénés, peu d'alcooliques. Il est du même avis que M. Garnier au sujet des asiles-prisons.

M. Garnier, jugeant la question suffisamment élucidée, propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

« Le Congrès, considérant que la loi de 1838, à conserver
« dans son organisme fondamental qui présente des garanties
« suffisantes pour la liberté individuelle, doit être complétée à
« l'effet de mieux prémunir la Société contre les aliénés dan-
« gereux et certains délinquants jugés comme des types inter-
« médiaires entre la raison et la folie, ainsi que les délirants
« alcooliques récidivistes qui ne sont à leur place ni dans les
« asiles ordinaires, ni dans les prisons, émet le vœu :

« 1) Que la loi du 30 juin 1838 soit conservée dans ses dis-
« positions générales ;

« 2) Qu'elle soit complétée par la création d'asiles de sûreté
« destinés à recevoir les individus ci-dessus visés et qui n'y
« entreraient et n'en sortiraient qu'en vertu d'un jugement
« éclairé par les conclusions d'une Commission spéciale. »

M. Charpentier combat l'opportunité de ce vœu et dit que cette question prématurée doit être étudiée dans un autre Congrès.

M. Arnaud partage cette opinion.

M. Vallon dit que ces discussions peuvent s'éterniser et demande que l'on vote, si l'on veut, la proposition de M. Garnier et qu'on passe aux communications.

Sur sa proposition, le Congrès adopte les conclusions du rapport de M. Garnier.

La discussion du troisième rapport étant épuisée, il est donné lecture de plusieurs communications.

Dr DOUTREBENTE. — **De l'hospitalisation des aliénés, des épileptiques et idiots, dans le département de Loir-et-Cher.**

PREMIÈRE PARTIE 1795-1827

Un travail d'ensemble sur le service des aliénés a été publié en 1874 par les Inspecteurs généraux, MM. Constans, Lunier et

Dumesnil ; on y trouve des renseignements aussi nombreux que précis sur la condition des aliénés, en France, à cette époque, et un aperçu historique sur la connaissance et l'évolution des maladies mentales, depuis les temps les plus reculés, jusqu'à nos jours.

L'histoire locale, il ne pouvait en être autrement, a été simplement ébauchée pour chaque département ; le Loir-et-Cher n'a pas été mieux partagé que les autres départements, car, pour la période qui a précédé l'organisation de l'asile actuel, on lui avait accordé les cinq lignes suivantes : « Avant 1827, les aliénés de Loir-et-Cher étaient placés dans la maison de réclusion de Blois Le 27 décembre 1827, ils furent transférés au nombre de 22 dans les bâtiments du bureau de bienfaisance, et, le 6 avril 1846, dans l'asile construit par le département. »

Nous avons pensé qu'il y avait là une lacune à combler dans l'histoire locale et qu'il était utile de grouper tous les documents dispersés soit aux archives départementales, au bureau de bienfaisance, soit à l'asile départemental ou à la maison d'arrêt et tous les renseignements inédits, que le hasard nous a parfois fait découvrir, et ceux provenant de collaborateurs aussi distingués que généreux, tels que MM. le Dr Dufay, Louis Belton, avocat à Blois ; Bourgeois, archiviste de Loir-et-Cher et son suppléant, M. Jacques Soyer, aujourd'hui à Bourges et enfin l'infatigable et toujours amoureux d'histoire locale, le céramiste A. Thibault, de la Chaussée Saint-Victor.

Au commencement du siècle et jusqu'en 1825, l'hospitalisation fut toujours provisoire, informe et absolument insuffisante, elle consistait en quelques mesures de police alors que, déjà à Paris et en province, des installations spéciales aux aliénés apparaissaient sous l'influence de la généreuse impulsion provoquée par Pinel, en 1792. Les aliénés étaient libres, ou en cas de danger imminent, enfermés à la prison de Blois, considérée comme un dépôt de sûreté, et à titre provisoire, en vertu de l'article 3 de la loi de sûreté générale du 24 août 1790. Il est toutefois certain qu'un essai d'hospitalisation a été tenté

dans l'ancien couvent des Capucins de Blois (1), on y donna asile aux *aliénés* et aux *incurables*, à partir de 1795, à titre provisoire, c'était une maison dite de réclusion. Les aliénés et les incurables remplacèrent aux Capucins « les prêtres non assermentés trop âgés pour être déportés ».

La preuve du séjour des aliénés et des incurables au couvent des Capucins nous a été démontrée par M. Louis Belton, qui nous a fourni l'extrait suivant, des registres de la municipalité de Blois : « Le 28 fructidor an VIII, la municipalité de Blois décrète le transfert à la maison des Capucins *dite de Réclusion*, d'un aliéné furieux déjà détenu à la maison d'arrêt, sur la plainte du sieur Fourbet, concierge, et après procédure faite par le juge de paix, « *pour l'aliéné y recevoir tous les secours que son état exige et que l'humanité réclame en sa faveur.* » Cette philanthropique conclusion démontre que dans l'ancien couvent des Capucins, les aliénés étaient mieux installés, mieux soignés et dans de meilleures conditions qu'à la maison d'arrêt ; ils ne devaient pas y rester bien longtemps, car en 1806, le domaine fit abandon à la ville de Blois de l'immeuble et des terrains pour l'installation du *nouveau cimetière*, devenu déjà pour nous l'ancien, dont il ne restera plus trace dans quelques années.

M. Bourgeois, archiviste de Loir-et-Cher, a bien voulu nous faire l'abandon des notes suivantes que nous reproduisons *in extenso*, car elles renseigneront le lecteur sur une période encore bien inconnue, quoiqu'elle date d'hier.

Un des premiers soucis des administrations locales de la Révolution fut l'organisation de l'assistance publique.

Il y avait tout à faire, l'administration révolutionnaire ne pouvait suivre et copier l'administration royale. En effet, sollicité dès le 12 novembre 1791 au sujet d'une fille épileptique, le Directoire répond qu'il lui est impossible de la placer faute d'établissement spécial, qu'il y aurait danger à la faire entrer dans un des autres hôpitaux et qu'il faut attendre que le projet

(1) Le couvent des Capucins était situé dans l'espace compris entre la butte, la gare, l'usine Poulain, la banque de France. La route de Blois à Herbault, modifiée en 1891-92, le traverse.

d'une maison d'incurables (c'est ainsi que l'on désigne fréquemment les futurs asiles) soit exécuté.

Le principe de spécialisation est invariable ; car le 14 avril 1792, deux enfants placés à l'hôpital général sont rendus à leurs parents sur le rapport de l'administrateur, parce qu'ils tombent du mal caduc, avec un secours de 7 l. par mois.

Ce système de secours représentatif en argent dont il a été beaucoup parlé au Congrès des aliénistes de Blois devint du reste la règle, en ce qui concerne les épileptiques : jusqu'à l'an II on vise bien encore dans l'attribution de ces secours l'absence d'établissement ; mais même après l'organisation d'une maison de réclusion, l'administration départementale persiste, avec sagesse, à traiter différemment des aliénés les épileptiques non aliénés. La règle des secours représentatifs était, dans ce cas, si bien établie que les administrations subalternes croyaient à un fonds spécial et que la municipalité de Montrichard, le 22 ventôse an II, demandait sa part « aux fonds destinés au soulagement des épileptiques » pour trois de ses concitoyens, et que le Directoire était obligé de rectifier cette information, donnée pourtant par le représentant du peuple Laurenceau, et d'inviter la municipalité à porter simplement ses trois épileptiques au tableau des citoyens ayant droit à la bienfaisance nationale.

Il n'était pas possible d'user du même procédé avec les aliénés proprement dits. Conformément aux anciennes habitudes, on les plaça d'abord dans les prisons et un rapport du district sur l'état des prisons de Blois signale le mélange des fous et des criminels. Plus tard, lorsqu'il fut organisé une maison de détention pour les prêtres réfractaires, aux Carmélites, on plaça les aliénés dans ce nouvel établissement. Mais, à la date du 25 thermidor an III, la commune de Blois se plaignit que la présence de deux fous incommodait et troublait le repos des autres détenus. Et le 11 fructidor an III, le directoire du département arrêta qu'à la diligence du directoire du district et du procureur-syndic, il serait fait dans la ci-devant maison des capucins de Blois une visite à l'effet de constater quel est le local de ladite maison qui est le plus susceptible de fournir un

logement pour les individus attaqués de folie et quelles sont les réparations ou constructions qui seraient nécessaires pour mettre ce local en état de remplir ce genre de destination et d'évaluer le coût des réparations et constructions.

L'aménagement ne tarda pas, car à la date du 4 nivôse an IV, moins de six mois après, nous voyons le gardien de la maison de réclusion des ci-devant Capucins demander une augmentation de traitement, vu le renchérissement des denrées. A partir de ce moment, on trouve de nombreuses demandes ou arrêtés de placement : ce sont des épileptiques incendiaires, c'est le fils d'un notaire de Montrichard dont le père ne veut pas prononcer le terrible mot de folie ou aliénation et parle de maladie incurable; c'est un garçon de Paris, sourd-muet, épileptique, fou dangereux et troublant la tranquillité des habitants.

Cependant j'ai lieu de croire que pendant un an environ jusqu'au mois de nivôse an V, il n'y eut là qu'une sorte d'installation provisoire. Peut-être ne préparait-on une cellule qu'à chaque entrée ; peut-être les Capucins n'étaient-ils encore qu'un lieu de dépôt non encore aménagé et approprié, peut-être les locaux préparés étaient-ils devenus insuffisants ; car c'est le 23 nivôse an V seulement que l'Administration centrale du département reçoit les plans et devis dressés par l'ingénieur ordinaire pour l'établissement de loges dans le cloître des Capucins pour y transférer les fous provisoirement déposés dans la maison de détention des Carmélites.

23 *nivôse an V*. — « Vu le plan et devis des ouvrages ou constructions de loges dans le cloître de la maison des ci-devant Capucins de cette commune servant de maison de réclusion, dressé le 4 nivôse dernier par le citoyen Gendrier, ingénieur ordinaire à Blois, sur la réquisition de l'Administration municipale de cette commune, la soumission du citoyen Guillon, entrepreneur de travaux publics sous la date du 6 du même mois portant assignation de faire lesdits ouvrages aux prix qui seront réglés par ledit ingénieur sur les mémoires qui lui en seront présentés, et enfin une lettre de l'Administration municipale de Blois du 7 dudit mois qui, en transmettant lesdits plans, devis et soumissions, invite

l'Administration centrale à charger ledit citoyen Guillon, seul soumissionnaire, des ouvrages dont il s'agit;

« Vu la nécessité indispensable de construire différentes loges pour renfermer les fous qui sont provisoirement déposés dans la maison de détention des ci-devant Carmélites où ils ne doivent pas rester sans compromettre la santé des détenus de cette maison;

« Considérant qu'il est urgent et que l'humanité commande de procurer à ces infortunés une détention sûre et salubre, qu'à cet effet, il doit être mis en usage les moyens les plus prompts pour y parvenir;

« Considérant enfin que conformément aux dispositions de la lettre du ministre de l'Intérieur, du 8 ventôse an IV, concernant l'adjudication des travaux des routes, ceux dont il s'agit peuvent se faire en vertu de soumissions;

« L'administration arrête: que les loges à construire dans la maison de réclusion de cette commune conformément aux plans et devis du c. Gendier, ingénieur ordinaire, le seront par le c. Guillon en vertu de la soumission précitée et que ces ouvrages seront payés sur le mémoire qu'il en fournira, préalablement réglé par ledit ingénieur, qu'à cet effet il sera demandé au ministre de l'Intérieur d'ouvrir un crédit à cette administration pour le montant desdits ouvrages. »

A partir de cette date les arrêtés de placement se multiplient; c'est un malheureux maniaque dont les accès sont tels qu'il casse les cordes dont on prétend le lier, détériore les murs des locaux où on le renferme et insulte les femmes ou les enfants après lesquels il court dans un moment de liberté: ce sont encore de malheureuses épileptiques aliénées ou incendiaires, et dès le 22 messidor an V, il ne reste plus qu'une place aux Capucins; l'encombrement ne dut pas durer, car le 29 on accepte une ex-religieuse de soixante-et-un ans qui cherche à se détruire et s'est précipitée dans un puits; ce sont encore des épileptiques agités par des accès dangereux; c'est une autre épileptique qui, placée à l'hospice de Vendôme, trouble la tranquillité de l'établissement et incommode les malades et les militaires blessés; une autre épileptique qui a mis le feu chez elle

et menace ses enfants en bas âge ; c'est un aliéné atteint d'idées ambitieuses, qui se croit le comte Thibault, le premier comte de Blois, etc.

Deux points sont encore à signaler dans ce premier essai d'assistance aux aliénés. Malgré les sentiments de pitié et de solidarité qui animent les hommes de cette époque, on constate encore une certaine rigueur vis-à-vis d'eux (qui tient, peut-être, à ce qu'on les croit tous incurables). Si l'on a préparé pour eux une maison spéciale à Blois, en attendant leur transfert, c'est encore dans les prisons des districts qu'on les détient. Cette maison de refuge même est qualifiée officiellement de maison de réclusion, et le rédacteur d'un arrêté de placement, par un *lapsus calami* peut-être significatif, écrit un jour : un tel *accusé de folie*.

Quant aux motifs qui déterminaient le placement, c'est soit l'indigence, soit le danger. En janvier 1793, le Directoire refuse de secourir une fille attaquée de la vue et presque en démence, parce que sa famille est en état de subvenir à ses besoins. Cependant avec le cours du temps les accommodements se ménagent et, le 27 messidor an VI, nous voyons interner un aliéné, du reste dangereux, dont les neveux offrent de payer cent francs par an pour sa pension.

Au reste le danger social est la principale cause de l'internement ; l'administration n'oublie jamais de le mentionner « comme nécessaire de le soustraire à la société, de le séquestrer de la société disent les arrêtés, très dangereux à laisser dans la société ». « Il est indispensable pour le bien de la société d'en écarter le citoyen. »

Ces placements se font d'ordinaire sur pétition des parents, confirmée par des certificats de la commune et une enquête. J'en trouve un cependant sur une lettre du Directeur du Jury de l'arrondissement de Blois « pour assurer la tranquillité publique en donnant des bornes à la liberté » du soi-disant comte Thibault.

Telle est l'histoire de ce premier asile de Blois ; avant de s'arrêter sur le plateau de Saint-Lazare, il devait parcourir encore bien d'étapes.

En 1806, les aliénés et les incurables durent quitter la maison des Capucins pour être placés, à titre provisoire, dans l'ancien couvent des Saintes-Maries, où sont installés aujourd'hui les bureaux de la préfecture, les postes, le télégraphe et les archives départementales. Le couvent des Saintes-Maries, dames visitandines, ou de la Visitation, avait d'abord servi, pendant la Révolution, *de prison* pour les détenus politiques puis de *grenier d'abondance* et enfin *d'arsenal*. En 1802, il fut question d'y transporter l'hospice général de Vienne, mais cette idée n'ayant pas été adoptée, on y caserna *la gendarmerie*, en 1804, mais à titre provisoire, en attendant une installation spéciale qui lui fut attribuée dans la rue de la Levée. A ce moment le Domaine fit abandon des Saintes-Maries au département pour y organiser un *Dépôt de mendicité*, projet souvent mis à l'étude et qui n'a pas encore reçu commencement d'exécution. Un membre de l'administration municipale de Blois espérait même, il y a quelques années, l'annexer à l'asile départemental actuel, et en tout cas, le faire construire dans l'enclos où s'élève l'hospice des épileptiques non aliénés, inauguré lors du Congrès de médecine mentale, à Blois, en 1892. Le dépôt de mendicité n'ayant pas remplacé la gendarmerie aux Saintes-Maries, on y installa, provisoirement, *les aliénés* et *les incurables*.

En 1826, enfin, après de longs débats et de nombreuses critiques et protestations, le Conseil général de Loir-et-Cher décida que la Préfecture y serait transportée.

Les prisons de Blois continuaient à donner asile aux aliénés et c'est provisoirement, partiellement et d'une façon intermittente, qu'on les trouvait aux Capucins et aux Saintes-Maries associés aux incurables. Suivant un historien local (1) auquel nous faisons trop souvent des emprunts, pour le citer à chaque instant, les prisons de Blois se composaient de cachots étroits et infects où l'on entassait pêle-mêle les malheureux détenus ; c'était une horrible et insalubre geôle (il n'y a rien de changé), qui, en 1793, ne suffisait plus à loger les prisonniers politiques ; ils furent alors placés dans les couvents de Blois, transformés en *repaires de*

(1) Bergevin et Dupré, *Histoire de Blois*, 2 vol., Blois, 1846.

terreur. En 1806, le couvent des Cordeliers fut démoli en partie pour l'agrandissement de la prison, et l'église devint un préau ; ce couvent avait été supprimé en 1787 par M. de Thémines qui y avait placé pendant quelques années les *Nouvelles-Catholiques* dont la maison venait d'être démolie pour l'établissement du Marché-Neuf. De 1793 à 1806, le couvent des Cordeliers donnait asile à une compagnie d'invalides.

Le 18 mars 1817, le préfet de Loir-et-Cher prit un arrêté instituant une Commission de surveillance du régime intérieur des prisons qui ne fut définitivement installée qu'en janvier 1818. Un mois après, le 1er mars, la Commission signale au Préfet « qu'à *la Maison de réclusion*, autrement dite des fous, les *détenus* sont traités comme des criminels tant aux vêtements qu'à la nourriture, que sans être coupables d'aucun délit, leur détention n'est causée que par leurs infirmités, qu'il serait utile et humain d'adoucir leur sort par une nourriture plus convenable à leur situation, que les draps manquent également surtout pour les fous, qui en sont privés quand les leurs sont au blanchissage ». Sept mois après, le 19 septembre 1818, la Commission fut appelée par le Préfet à l'effet d'aviser aux moyens d'améliorer le sort des individus détenus comme fous et épileptiques ; elle réclama une allocation de 2,800 francs pour achat de lits, couvertures, matelas, vin, viande et l'installation d'une petite infirmerie pour deux et trois malades, la signature d'un médecin, le Dr Desfray, figure pour la première fois au registre des délibérations. Les aliénés n'étant pas tous à la maison de réclusion, il y en avait encore aux Saintes-Maries, la Commission de surveillance des prisons en avait aussi la charge et déclarait qu'ils étaient aussi mal placés dans un endroit que dans l'autre.

L'administration préfectorale et le Conseil général commençaient à s'émouvoir et il était question d'installer tous les aliénés dans le cloître du fauboug de Vienne, mais la Commission de surveillance des prisons se montrait hostile à ce projet ; elle affirmait que cet emplacement serait rapidement insuffisant et qu'il était préférable de faire une organisation spéciale et plus

vaste en utilisant et en aménageant l'ancien couvent des Saintes-Maries, situé dans d'excellentes conditions d'aération et de salubrité. La Commission de surveillance des prisons avait d'ailleurs chargé le Dr Desfray de faire un rapport sur la façon déplorable dont les aliénés étaient traités à la prison et aux Saintes-Maries et sur les nombreux inconvénients qu'il y aurait à les placer dans le cloître de Vienne et plus tard, parlant du rapport du Dr Desfray, elle disait : « L'ordre et la clarté qui règnent dans ce rapport, la nécessité indispensable de vastes bâtiments séparés par des cours, tout enfin, dans ce rapport, a convaincu la Commission que le cloître situé en Vienne, et appartenant à l'hôpital, ne pouvait convenir, par le peu d'étendue qu'aurait l'établissement, même en y adjoignant les maisons voisines ; elle désirerait que la partie du projet qui établissait une *maison sanitaire* pour les aliénés dans la Maison des Saintes-Maries, pût recevoir son exécution, si M. le Préfet et le Conseil général trouvaient dans leurs ressources les moyens nécessaires pour y parvenir. »

Les plaintes, les doléances, les réclamations de la Commission de surveillance se heurtaient à des considérations budgétaires et surtout à l'absence de sentiments humanitaires, à l'oubli ou à l'ignorance du grand principe de la solidarité humaine, en matière d'assistance publique, principalement à l'égard des aliénés et des infirmités mentales ; les aliénés inspiraient encore de l'horreur, de la crainte et, la superstition aidant, on croyait encore (certains y croient toujours) que leur maladie était due à leurs fautes passées ou originelles, à la puissance diabolique ou à la vengeance divine !

Quoi qu'il en soit, les projets de construction ou d'aménagement d'un établissement spécial dans le cloître de Vienne ou dans le couvent des Saintes-Maries furent abandonnés et définitivement classés, c'est-à-dire oubliés. Cet abandon ne faisait pas droit aux exigences d'un service qui s'imposait quand même à l'attention de l'administration départementale.

La Commission de surveillance se montrait toujours vigi-

lante et inquiète à l'égard des aliénés ; elle persistait dans ses bonnes intentions, nous en avons la preuve dans une délibération prise après la communication d'une lettre de M. le Préfet qui proposait d'établir la maison des fous à la maison d'arrêt. Le 4 avril 1825, la Commission rappelait à M. le Préfet que la translation partielle des fous et des épileptiques à la maison des Saintes-Maries n'avait été faite que pour cause de l'exiguïté, de l'insalubrité et de l'incommodité des logements de la prison, où l'on proposait de les admettre tous ; elle se déclarait prête, cependant, à recueillir les aliénés, mais tout à fait à titre provisoire. Les avis des membres de la Commission de surveillance et leurs justes observations devaient enfin trouver un écho, car à la date du 13 avril 1825, huit jours après, M. de Saint-Luc, préfet de Loir-et-Cher, prenait l'initiative d'un projet d'hospitalisation des aliénés et des épileptiques dans un local autre que celui de la prison ou des Saintes-Maries ; il s'adresse aux administrateurs du bureau de bienfaisance et leur demande s'ils ne pourraient pas recevoir dans leur maison les aliénés et épileptiques qui ne doivent pas rester à la maison de réclusion.

Le 18 avril 1825, les administrateurs du bureau de bienfaisance, après en avoir conféré avec leurs dames religieuses, comprirent rapidement les vues humanitaires qui faisaient agir M. de Saint-Luc ; ils acceptèrent, au moins en principe, de se charger des épileptiques et des aliénés ; mais ils formulèrent immédiatement les *conditions nécessaires* à leur acceptation, en les termes suivants :

1° L'hospice des aliénés pourra être construit dans les dépendances du bureau de bienfaisance suivant un plan dressé par l'architecte du département, plan qui devra être soumis aux administrateurs dudit bureau, *avant la mise à exécution;*

2° C'est aux frais du département que seront faites toutes les constructions et distributions ;

3° Désormais l'*hospice des Aliénés*, une fois établi sur le terrain du bureau de bienfaisance, fera partie intégrante de la maison centrale des sœurs de charité attachées à ce bureau,

lesquelles seront chargées de desservir ledit hospice, sous la surveillance immédiate de leur administration;

4° Le gouvernement des aliénés et des épileptiques cessera d'être confié à la Commission administrative des prisons pour faire partie à l'avenir des attributions de l'administration du bureau de bienfaisance;

5° Cette dernière administration se chargera de faire traiter, nourrir, soigner, habiller et surveiller les aliénés et les épileptiques pour et moyennant les sommes que le département consacre à cet usage sur les allocations du Conseil général, lesquelles sommes seront versées dans la caisse du receveur des pauvres.

MM. Risse, Amaury, Huet et Gault, administrateurs, avaient signé *les conditions nécessaires* à leur acceptation.

Le 2 mars 1826, le Préfet de Loir-et-Cher expédie au bureau de bienfaisance le plan du nouvel hospice et en même temps une lettre d'avis avec l'affiche de l'adjudication des travaux à faire dans les terrains du bureau de bienfaisance. Cette manière de procéder a le don d'étonner les administrateurs et suscite de leur part une sorte de protestation; quatre jours après cette communication, le 6 mars, ils écrivent au Préfet pour lui recommander la lecture de leur lettre du 18 avril 1825 contenant l'énumération des *conditions nécessaires*, appuyées d'ailleurs par le Conseil municipal; ils réclament enfin la rédaction d'un acte ou d'un contrat déterminant les charges, conditions, engagements et obligations de chaque partie, le département d'une part et le bureau de bienfaisance d'autre part; ils se plaignent, et à juste titre, de ne pas avoir reçu à temps, avant l'adjudication, communication du plan des travaux à adjuger.

Le 15 mars, sans retard, le Préfet répond qu'il est prématuré de faire un traité avant d'avoir soumis un projet de traité au Conseil général, qu'il serait même inconvenant de prendre un engagement dans de pareilles conditions. « Le ministre de l'Intérieur connaît votre lettre du 18 avril 1825, disait-il, ainsi que la délibération du Conseil municipal du 7 mai suivant, j'ai

donné un avis conforme au vœu exprimé par vous et ce Conseil. En prescrivant l'exécution du projet, le ministre a également entendu approuver les conditions dont vous parlez. » Par le même courrier, M. Pinault, architecte, recevait l'ordre de communiquer ses plans aux administrateurs du Bureau.

En construisant le nouvel hospice dans les jardins du bureau de bienfaisance, trop en arrière malheureusement du grand bâtiment faisant face à la place Victor-Hugo et au bas du rocher qui domine les jardins, M. Pinault avait dû se heurter à des fins de non-recevoir, mais il se trouva aux prises avec d'autres difficultés en raison de la nature du terrain friable et d'alluvion sur lequel devaient s'élever les bâtiments ; il fallut faire des fondations extraordinaires, et par suite, il écrivait au Préfet que le nouveau local ne serait pas habitable avant le mois de juillet 1827.

Si les aliénés étaient mal à la prison, il y en avait qui guérissaient quand même, car à la date du 15 septembre 1826, nous avons trouvé une lettre du Préfet informant le maire de Blois, qu'il y avait, à la maison de réclusion, deux aliénés guéris, qu'il devait faire une proposition de sortie et que, à l'avenir, il devait exiger des médecins un rapport trimestriel sur chaque malade.

En prévision du départ des aliénés de la maison de réclusion, le Préfet réclame, le 27 septembre, au maire de Blois, un état bien établi déterminant les dépenses propres aux aliénés en les séparant complètement de celles des prisonniers.

Le 10 octobre 1826, le Préfet, pour faire droit aux justes réclamations des administrateurs, prend enfin un arrêté, conformément aux *conditions nécessaires* imposées par eux, appuyées par le Conseil municipal et approuvées par le ministre de l'Intérieur. En vertu de cet arrêté, l'hospice des aliénés et épileptiques faisait désormais partie intégrante de la maison centrale des sœurs de charité attachées à ce bureau. Les dépenses à faire pour constructions, distributions et la translation des malades, le seraient aux frais du département. Toutes les dépenses pour le traitement, nourriture, habillement, entre-

tien et surveillance des aliénés et épileptiques seraient remboursées au bureau de bienfaisance à l'aide des allocations spéciales votées par le Conseil général. Il était encore dit, dans l'arrêté, que les admissions des malades, à l'hospice des aliénés, se feraient à la suite d'une décision administrative, lorsque *l'interdiction aurait été prononcée* et après constatation minutieuse de l'infirmité et de l'indigence du sujet, l'*hospice étant uniquement destiné et réservé aux indigents*. On est en droit de se demander où et comment ceux qui n'étaient pas indigents pouvaient se faire soigner, même à leurs frais!

En communiquant cet arrêté aux administrateurs, le Préfet leur recommandait la rédaction d'un règlement du service intérieur, à l'état de projet, pour le joindre au règlement général à soumettre à l'approbation du ministre de l'Intérieur ; il leur conseillait de consulter les lumières de leurs médecins, ces derniers ayant d'abord à régler leurs visites journalières, les prescriptions alimentaires et pharmaceutiques, la prohibition de tous moyens de rigueur ou de répression autres que l'usage de la camisole, dite gilet de force, dont seuls ils pourront prescrire l'emploi ainsi que la réclusion absolue ; les médecins pourraient autoriser les parents des malades à les visiter, mais l'entrée de l'établissement serait rigoureusement interdite aux personnes qui n'y seraient conduites que par *la barbare curiosité de voir les fous*.

Toutes ces recommandations du Préfet étaient inspirées par le besoin de faire rapidement droit aux exigences d'une hospitalisation si longtemps négligée en Loir-et-Cher, elles sont toutes sages, prudentes, déjà mûres et remplies de vérités bonnes à dire encore, de nos jours, à ceux qui ont la naïveté, pour ne pas dire plus, de rire à la vue d'un aliéné ou d'un ivrogne.

Les administrateurs se mirent rapidement à l'œuvre et faisaient parvenir au Préfet le projet de règlement de service intérieur le 19 mars 1827 ; ils y joignirent nombre de considérations générales fort remarquables ; ils n'avaient pas manqué de consulter les membres du Conseil de santé. Les médecins avaient donné leur avis par écrit, et n'avaient pas ménagé leurs observations et leurs regrets ; l'hospice spécial avait été cons-

truit trop rapidement, ils n'avaient eu connaissance du plan qu'au moment de la mise en adjudication des travaux, le local était insuffisant, les épileptiques n'étaient pas séparés des aliénés alors que, même pour les aliénés il eût fallu deux ou trois subdivisions, ils regrettaient l'absence d'un quartier à part pour les convalescents, ils faisaient enfin remarquer qu'on avait négligé d'établir pour chaque sexe une petite infirmerie d'au moins quatre lits; qu'il n'y avait pas de buanderie et d'étendoir.

Les administrateurs du bureau de bienfaisance constataient enfin que l'hospice ainsi installé serait toujours de plus en plus insuffisant et placé en un lieu où il serait impossible de l'agrandir. Ayant librement formulé leurs regrets, les administrateurs essayaient de tirer le meilleur parti de la situation et dans l'impossibilité de faire mieux et plus grand, ils démontraient que des améliorations étaient possibles et nécessaires dans l'aménagement nouveau et que ces améliorations devaient être comprises dans les frais de premier établissement et à la charge du département, sans aucune confusion possible avec les revenus des pauvres de la ville. C'est ainsi que le département aurait à fournir un mobilier complet et un premier approvisionnement de vêtements; ils proposaient d'établir, comme suit, le traitement annuel du personnel:

Pour un commis-greffier . . .	400	francs.
— deux sœurs nouvelles . .	900	—
— les médecins	400	—
— les infirmiers	900	—
— une domestique	400	—
— le receveur-comptable . .	300	—
— le concierge	550	—
	3850	francs.

En ajoutant à ce chiffre les dépenses nécessitées pour 24 aliénés à 1 franc par jour, soit par an 8,760 fr.
on obtient un total de 12,610 fr.
soit pour un aliéné et par an 525 fr.,
donnant un prix de journée de 1 fr. 44.

En proposant l'adoption de leurs calculs, les administrateurs

ne se trompaient pas, ils se montraient prudents et avisés. « On sait, disaient-ils, que les aliénés gaspillent ordinairement leurs aliments, déchirent leurs vêtements et brisent ce qui se trouve sous leur main ; *les frais de leur entretien doivent donc surpasser le taux moyen des hospices* » ; ils auraient pu ajouter, ce qu'ils comprirent plus tard, que la plupart des aliénés, grands mangeurs, font une consommation énorme d'aliments, principalement en faisant la comparaison avec les hôpitaux ou hospices où sont traités les maladies aiguës ou chroniques, les fiévreux, les enfants, les vieillards, etc., ils oubliaient de dire que les hospices et hôpitaux ont des rentes, fermes, dotations, donations, que les asiles d'aliénés ne connaissent pas encore et qu'ils doivent cependant se contenter d'un prix de journée bien inférieur à celui des hospices ; la situation ne s'est pas modifiée d'une façon sensible ; en 1896, le département donne pour chaque aliéné à l'asile des aliénés la somme de 1 fr. 10 par jour et, à l'Hôtel-Dieu de Blois, celle de 1 fr. 75 pour les maladies ordinaires.

Avant d'être admis dans l'hospice, les aliénés devaient séjourner à la prison en attendant que leur interdiction fût prononcée ; il n'était pas possible de les admettre d'emblée, dans le lieu où ils devaient être traités ; la mesure était pénible mais elle paraissait légale à cette époque, au moins, en Loir-et-Cher ; s'il en était ainsi, la loi du 30 juin 1838 aurait fait disparaître une des causes les plus fatales et les plus contraires au traitement des maladies mentales. Que de gens ignorent ou font semblant d'ignorer que la guérison de la folie peut s'obtenir en faisant traiter les malades au début ! Que de gens, aussi, attendent que tout espoir de guérison soit perdu, pour confier leur malade aux soins des spécialistes ! L'asile des aliénés n'est pas encore regardé comme un lieu de traitement, c'est une sorte de garderie, de Bastille moderne où malgré tout et en dépit des ignorants ils sont soignés, choyés, aimés et respectés ; ce sont des infortunés dont on a peur au dehors s'ils sont dangereux, et dont on rit, se moque ou abuse quand ils sont doux et inoffensifs.

Les membres du conseil de santé du bureau de bienfaisance exprimèrent le vœu : « que les individus atteints d'un premier accès de folie ou de fureur fussent, en cas d'indigence, admis dans l'hospice des aliénés pour y être traités, avec l'autorisation du Préfet ». « Ce n'est pas, disaient-ils, dans les premiers moments de l'invasion de la folie que l'on s'occupe de faire interdire l'individu atteint de folie ; il faut même, pour y parvenir, qu'on ait eu le temps de recueillir un certain nombre de faits capables de motiver un jugement et, jusque-là, on essaye des remèdes dont il résulte parfois une prompte guérison. S'il n'existe pas un lieu où ces individus, qui ne sont encore que des malades, puissent recevoir le traitement qui leur convient, on peut craindre que l'état de folie ne se perpétue par le défaut de soins, il paraîtrait naturel de les faire traiter d'abord dans les divers hospices des départements ; mais il paraît que dans ces maisons rien n'est disposé, ni prévu pour recevoir les aliénés et que leur présence y est même sujette à beaucoup d'inconvénients. »

Le 13 *juillet* 1827, le Préfet renvoyait aux administrateurs du bureau de bienfaisance leur projet de règlement du service intérieur après l'avoir approuvé, et à la date du 13 août suivant il prenait l'arrêté prescrivant le transfert des aliénés, de la prison, dite *maison de Réclusion*, dans le local spécialement construit dans les jardins du bureau de bienfaisance.

Article premier. — Les individus admis jusqu'à ce jour, à titre de secours, comme aliénés et épileptiques dans la maison *dite de réclusion* seront transférés dans le local construit pour les recevoir dans le jardin du bureau de bienfaisance de Blois.

Art. 2. — Cet établissement prend le nom d'*hospice des aliénés :* il n'y sera admis que des individus du département, atteints de folie ou d'épilepsie à un degré susceptible de produire l'aliénation mentale et dans un état d'indigence absolue.

Art. 3. — Le nombre des places dans ledit hospice est fixé

à vingt-quatre. Ces places seront affectées à chacun des arrondissements dans la proportion suivante :

Population d'arrondissement.	111,095	— Blois	11 places
— —	74,901	— Vendôme	8 —
— —	44,670	— Romorantin	5 —

Art. 4. — Lors des admissions à accorder, au fur et à mesure des vacances, on aura toujours en vue de ramener la distribution des places entre les arrondissements à la proportion indiquée par l'article précédent. Toutefois si une place venait à vaquer, s'il était constaté, qu'elle n'est réclamée par aucun individu de l'arrondissement y ayant droit, elle pourra être accordée à un individu d'un autre arrondissement.

Art. 5. — Les demandes d'admission dans l'hospice des aliénés devront être accompagnées : 1° du certificat d'un médecin constatant la nature de l'infirmité de l'individu et son état habituel d'aliénation ; 2° d'un extrait de jugement qui a prononcé son interdiction ; 3° de son acte de naissance ; 4° d'un certificat du maire attestant l'indigence de l'individu et celle de sa famille.

Art. 6. — Il sera fourni pour chaque individu admis à la maison de réclusion, soit par ses parents, soit par les personnes charitables prenant intérêt à son sort, un coucher composé d'un matelas, d'un traversin et d'une paire de draps. La soumission de faire cette fourniture devra être jointe à la demande d'admission.

Art. 7. — Il sera pourvu aux frais d'entretien des individus admis dans l'hospice d'aliénés au moyen des sommes votées par le Conseil général et allouées au budget départemental.

Art. 8. — Le gouvernement de l'hospice des aliénés est confié à l'administration du bureau de bienfaisance de Blois et le service intérieur de cet établissement sera fait conformément au règlement proposé par cette administration et revêtu de notre approbation.

Art. 9. — Lors du transfèrement prescrit par l'article premier, il sera remis à l'administration du bureau de bienfaisance de Blois, un contrôle exact des individus transférés et un inventaire des meubles et vêtements à l'usage des aliénés.

Art. 10. — Expédition du présent arrêté sera adressée à M. le Maire de Blois, au bureau de bienfaisance et aux Sous-Préfets de Vendôme et Romorantin.

Le 4 *septembre* 1827. — Le Préfet de Loir-et-Cher informe les administrateurs du bureau de bienfaisance de Blois qu'il a soumis au Conseil général leur rapport du 19 mars, le projet de règlement du service intérieur et le devis des nouvelles constructions réclamées par eux. Le Conseil général rendait pleine justice à la sagesse de leurs vues et avait voté les fonds nécessaires pour une pompe et un hangar, mais considérait comme *superflue* la construction d'une infirmerie, il pensait aussi que les frais de construction d'une buanderie n'incombait pas au département. Par le même courrier, le Préfet envoyait la copie de son arrêté du 15 août et du règlement revêtu de son approbation.

Le Préfet de Loir-et-Cher priait aussi M. le Maire de Blois de faire mettre en bon état le mobilier des aliénés et épileptiques avant leur transfert au nouvel hospice.

17 *sept.* — Les administrateurs du bureau de bienfaisance font parvenir au Préfet leurs regrets à propos de la décision du Conseil général relativement à l'infirmerie et à la buanderie ; ils déclarent, en outre, que M. le Préfet ayant fixé au 1er octobre la date d'ouverture du nouvel hospice des aliénés, il leur sera à peu près impossible à cette date de répondre aux exigences d'un pareil service qui réclame, pour entrer en activité, une organisation encore incomplète et des choses « dont nous avons besoin disaient-ils, dans le plus bref délai, espérant que vous aurez la bonté d'y pourvoir, dont détail suit : »

1° Installation de deux fourneaux dans la cuisine.

2° Installation d'étagères et de tablettes autour de la cuisine pour y placer la vaisselle et les ustensiles divers, qui d'ailleurs ne sont pas encore achetés.

3° Une table de cuisine et un billot.

4° Les médecins réclament dans chaque chauffoir une table entourée de bancs, pour que les aliénés et épileptiques, qui en sont susceptibles, puissent manger en commun et que chacun puisse manger la portion qui lui est destinée, et que cette portion ne soit pas arrachée aux plus faibles par les plus avides.

5° Installation d'un fourneau pour chauffer les bains afin de

remplacer le cylindre qui dégage du gaz carbonique dans un local fort restreint.

6° Installation d'une lingerie dans une sorte de grenier sous le toit, à défaut d'un autre local plus convenable.

7° L'inventaire des meubles, vêtements et objets à coucher mis à notre disposition par M. le Préfet démontre que tout est prévu en quantité insuffisante, et que des fournitures neuves doivent être faites en plus comme suit :

6 bois de lits suivant l'indication de nos médecins.
4 grands baquets ferrés.
10 vestes de laine, 10 vestes de toile.
10 gilets de laine, 10 gilets de toile.
10 pantalons de toile.

Le 21. — Préfet à Maire de Blois. Je vous notifie mon arrêté du 13 août pour l'organisation du nouvel hospice des aliénés. Il y aura 24 places, ce nombre est déjà atteint aujourd'hui et réparti entre les trois arrondissements. Ce ne sera pas un lieu de dépôt ; pour les cas urgents, les individus arrêtés pour démence ou autrement seront déposés à la maison de police municipale.

Le même jour, la même communication était faite aux administrateurs du bureau de bienfaisance.

Pour faire droit dans une certaine mesure aux dernières réclamations des administrateurs, le Préfet invitait aussi le Maire de Blois à faire livrer au nouvel hospice, en dehors des objets compris à l'inventaire du mois d'avril, tous les objets d'habillement réclamés par le bureau de bienfaisance à la date du 17 septembre (à l'exception des meubles) en opérant un prélèvement au magasin de la prison.

22. — Le Préfet envoie au Maire de Blois des instructions détaillées concernant l'arrêté du 13 août : les demandes de placement seront inscrites sur un registre spécial, mais seulement quand elles seront accompagnées des pièces exigées par l'article 5 et de la soumission indiquée en l'article 6.

Le certificat d'indigence à l'appui de ces demandes ne devait être délivré qu'en cas d'indigence absolue.

22 *octobre* 1827. — L'administration du bureau de bienfaisance, composée de MM. Amaury, Norais, de Chauvelin, Gault et Fleury, procède à la nomination des personnes attachées au nouvel hospice des aliénés et fixe leurs traitements ou salaires annuels :

Médecins. — MM. Desparanches et Desfray alternaient par semestre et recevaient chacun 200 fr.

Une sœur de charité. — Logée, nourrie et 450 fr. par an.

Un receveur comptable. — M. Giroud, 500 fr. par an.

Un infirmier. — Le sieur Michel, Louis Gautier, recevait 200 fr. par an et nourri avec les aliments préparés pour les aliénés.

Une infirmière. — La nommée Dion, Marie, épouse du concierge, le sieur Duchemin, logée, non nourrie et 200 fr.

Une domestique. — Nourrie comme l'infirmier avec 120 fr. de gages ; elle serait choisie et changée à son gré par madame la supérieure.

26. — Le Préfet donne son approbation à toutes les décisions prises le 22 par les administrateurs du bureau de bienfaisance. Les concierge et infirmière n'ayant pas accepté la situation qui leur était faite avaient été remplacés séance tenante par le sieur Jean Morand, tisserand à Blois, et sa femme Anne Rétif.

26 *décembre* 1827. — Préfet à Maire de Blois : « L'hospice des aliénés est prêt à recevoir les aliénés et les épileptiques détenus à la maison dite de réclusion, veuillez donner les ordres pour que le transfert ait lieu vendredi 28 courant. »

Procès-verbal du transfert. — Aujourd'hui 28 décembre 1827, à 2 heures de l'après-midi, l'administration du bureau de bienfaisance prévenue que le maire de Blois avait donné des ordres pour faire opérer le transfèrement des aliénés et des épileptiques dans le nouveau local qu'ils doivent habiter, s'est rendue dans le dit local accompagnée de MM. les médecins et du greffier-comptable du nouvel hospice ; elle a reçu à la dite

heure, conduits par les sieurs Delrue et Marchandeau, agents de police, les individus dont les noms suivent :

HOMMES	FEMMES
B... (François).	C... (Ve L...).
P... (Louis).	F... (A.).
B... (Jacques).	C... (V.).
R... (Pierre).	T... (M.).
L... (Pierre).	F... (L.).
H... (François).	P... (M.).
V... (François).	B... (R.).
	M... (C.).
	C... (M.).
	B... (M.).
	C... (F.).
	P... (M.).
	H... (femme P...).

Nota. — Ce dernier n'avait pas été transféré, il était malade, il est mort à la maison de réclusion le ... janvier 1828.

En faisant la remise de ces individus, les agents de police sus-nommés ont déclaré que l'enfant C. W. dont les vêtements n'étaient pas prêts, serait amené ultérieurement.

L'administration s'étant fait représenter le contrôle des aliénés et épileptiques a reconnu que tous les individus ci-dessus dénommés étaient inscrits sur le dit contrôle, qui portait en outre les noms de L. V., — B. M. — G. A C. Ces trois individus étaient morts avant le transfert, il en résulte qu'au lieu de 24 il n'y en avait plus que 21.

L'administration, de concert avec MM. les médecins, a immédiatement fait placer les dits individus dans les locaux qui leur étaient affectés.

La sœur chargée du service intérieur a reçu de Mme la supérieure les instructions nécessaires pour la direction du service et de MM. les médecins, les indications à suivre pour le régime sanitaire et alimentaire.

MM. les médecins sont entrés aussitôt en fonctions, en procédant immédiatement à la visite des individus transférés, en constatant leur état et en inscrivant sur la feuille de visites les prescriptions à suivre à l'égard de chacun d'eux.

Quant au régime alimentaire, il a été convenu que pour ne pas déranger l'ordre de comptabilité, il continuerait d'y être pourvu par le fournisseur des prisons jusqu'au 31 du courant inclusivement, et que ce service demeurerait à la charge du bureau de bienfaisance à partir du 1er janvier 1828. Le concierge, l'infirmier et l'infirmière chargés de garder et soigner les aliénés et les épileptiques ont pareillement été mis en exercice à l'instant même, et le greffier comptable a reçu l'ordre de préparer immédiatement les registres et écritures prescrites pour la tenue journalière de la comptabilité du nouvel hospice.

Dr ROUBY. — **Hallucination de l'ouïe; cas analogue à celui de Mademoiselle Couesdon.**

Mademoiselle X... a été internée à l'âge de 27 ans; le certificat d'entrée porte : « Monomanie religieuse avec hallucinations et perversion des sentiments, grande exaltation. » Notre diagnostic est : Folie hystérique. Comme hérédité on trouve peu de chose; le père ne présente aucune tare physique ni morale; c'est au contraire un intellectuel très remarquable; la mère sans être folle était originale, jalouse et orgueilleuse.

La santé physique de notre malade a toujours été excellente; toutes les fonctions du corps se font bien; la figure est fraîche et rose; embonpoint qui augmente avec l'âge ; rien au cœur ni au poumon ; pourtant il faut noter de loin en loin pendant une journée des hémoptysies que rien n'explique; une fois ou deux par an la malade tombe évanouie comme une masse, sans convulsions, et se relève après cinq minutes sans s'être rendue compte de ce qui s'est passé.

La cause occasionnelle de la maladie paraît être la nouvelle de la mort d'un frère tendrement aimé, apprise subitement au moment des menstrues qui se trouvent subitement supprimées.

A partir de ce moment, il y a exagération des idées reli-

gieuses, mademoiselle X... passe ses journées dans les églises et les couvents, négligeant tous ses autres devoirs de maîtresse de maison; elle devient pour les membres de sa famille et les personnes qui l'entourent acariâtre et méchante, maudissant et excommuniant tout le monde. Elle croit que le clergé depuis le sacristain jusqu'au pape s'occupe de sa personne ; mais le curé de la ville est surtout à sa dévotion. Elle fait partie d'une association pieuse intitulée la Sainte-Enfance, laquelle joue un grand rôle dans sa vie ; elle regarde les pratiques de la Sainte-Enfance comme les premiers de ses devoirs et ne manque ni un sermon, ni un travail, ni une cérémonie quelconque ; elle parle dans un mémoire de sa vie, des plaisirs de la Sainte-Enfance, plaisir d'orgueil et de vanité, comme des plaisirs auxquels elle est heureuse de sacrifier tous les autres ; les événements de la famille, la mort de sa mère, le mariage d'un frère sont décrits en quelques mots ; par contre les faits et gestes de l'association tiennent des pages entières ; elle ne vit plus que dans les églises et les chapelles, rentrant chez elle seulement pour manger et dormir.

Pendant six ans, la même vie se continue, s'exagérant de plus en plus; enfin mademoiselle X... ayant voulu entrer dans un couvent, qui la renvoie après quelques jours, pour cause de déséquilibre mental, en éprouve une émotion si violente que la folie éclate et oblige de l'interner.

Voici les principaux symptômes de la maladie à son entrée : Pendant le jour quelques hallucinations de l'ouïe : elle entend des voix qu'elle attribue à ses voisines; on lui adresse des injures et des vilains mots; elle entre alors dans de violentes colères et répond par des grossièretés; pendant la nuit, l'hallucination de l'ouïe se complique d'une hallucination du sens génital : lorsque mademoiselle X... est couchée, et que le silence de la nuit s'est fait, par la puissance divine, le curé de la ville se trouve dans sa chambre, lui serre le petit doigt d'une manière significative, s'introduit dans son lit et s'applique sur sa peau; c'est comme un collage, dit-elle. Elle éprouve des sensations extraordinaires de bonheur, elle jouit, elle se pâme

comme une femme au contact de l'homme. En même temps Dieu lui parle par la voix de ce prêtre et lui dit : Tu dois fonder un couvent avec M. le curé ; tu seras unie avec lui de corps et d'esprit comme l'était saint François Régis et sainte Claire de Chantal. Chaque nuit pendant dix années consécutives, les mêmes hallucinations se reproduisent ; elle n'en a pas d'autres ; celles du jour ont presque disparu ou ne se reproduisent qu'à de longs intervalles ; celles de la nuit au contraire se répètent d'une façon régulière ; en 1880 elles sont notées ainsi dans son mémoire : « Je dors chaque nuit sur M. Z... ; je le sens et je « me couche sur lui ; je le sens comme si c'était mon oreiller « et mon matelas : j'éprouve alors un tel plaisir qu'à la fin je « suis prête à m'évanouir. » Je lui demande : « Comment « reconnaissez-vous M. Z... ? » Elle répond : « Je le reconnais « parce que nos deux pensées ne font qu'une ; il est tout à « moi, moi tout à lui ; je le reconnais à sa voix. » Il me dit : « mademoiselle X..., prenez l'omnibus et le chemin de fer ; « allez chez votre notaire ; il faut que les affaires s'arrangent ; « il faut bâtir un couvent de chartreux et de chartreuses dont « nous serons les deux supérieurs ; il faut acheter du terrain ; « nous allons fonder des couvents dans les cinq parties du « monde » ; mais moi, je n'en veux fonder qu'un d'abord, à « Rome ou ailleurs, pour vivre avec lui le jour comme la nuit. »

Cette hallucination fait la base de toute sa conduite ; chaque jour elle écrit à M. Z... de longues lettres pour lui raconter les plus petits détails de sa vie ; elle dresse des plans du futur couvent qu'elle lui envoie ; elle écrit au pape pour lui décrire le costume de chartreuse qu'elle a choisi et pour lui demander conseil à ce sujet. Quelquefois l'impulsion de partir pour fonder son couvent devient très forte ; elle entre alors dans de violentes colères, injurie gardiens et médecins qui n'ouvrent pas les portes, les accuse d'être des suppôts du diable s'opposant à la volonté de Dieu. Son père vient à mourir ; non seulement elle n'en éprouve aucun chagrin, mais elle s'en réjouit, car, dit-elle, son héritage va me permettre de fonder plus vite un monastère.

Cet état d'hallucination de l'ouïe et du tact a duré depuis l'année 1868 jusqu'à l'année 1880. Comme ses lettres si nombreuses au curé Z... sont restées sans réponse, comme d'autre part un nouveau pensionnaire qui l'intéresse est entré dans l'établissement, un jour elle se fâche et nous déclare qu'elle ne veut plus avoir de commerce avec son curé, qu'elle ne veut plus fonder son couvent, que tous les prêtres sont des vilains et qu'elle n'assistera plus à la messe; enfin qu'à partir de ce moment tout est fini entre elle et les gens d'église.

Elle a tenu parole et depuis seize années les mêmes sentiments ont persisté; elle, si pieuse autrefois, n'a plus dit de prières, a jeté son chapelet, n'a plus assisté à une messe; mais en même temps, fait très remarquable, les hallucinations nocturnes des organes génitaux ont disparu du jour au lendemain et ne sont jamais revenues.

Les hallucinations ont continué: du côté de la vue, une seule fois une grande hallucination se produit, mais chaque jour des hallucinations très faibles paraissent; du côté de l'ouïe au contraire, les hallucinations prennent une grande importance et vont faire le fond de la maladie.

Voici cette grande hallucination qui va produire une véritable révolution dans son état mental: « J'ai vu, écrit-elle, pendant « la nuit, un ange de la taille d'un homme, en robe « blanche, une belle figure, yeux et cheveux noirs; il était « sans éclat; il m'a dit: « Je suis l'ange Raphaël », il s'est « trouvé tout à coup au milieu de ma chambre, mais lorsque je « l'ai fixé il m'a paru être à une grande distance; j'en ai eu « bien peur; il avait les mains jointes; il s'est mis à genoux « devant moi; il m'a dit alors: « Je serai tout pour toi et je « ferai des miracles en ta faveur; il a pâli de plus en plus et « s'est évanoui. »

Mademoiselle X... n'a eu que cette fois-là une hallucination de la vue aussi complète; celles qu'elle a aujourd'hui sont beaucoup moins importantes; les voici: presque chaque jour, dans le ciel clair, en levant les yeux au ciel, elle voit l'ange

Raphaël ; il est loin, très petit, vêtu d'une longue robe blanche ; il passe et disparaît en une seconde comme une étoile filante ; c'est depuis seize années la même hallucination de la vue.

Les pages que je viens de lire semblent détachées de la vie des saintes mystiques du moyen âge, ce que je vais dire maintenant semble la reproduction exacte de ce qu'on a lu dans les journaux au sujet des conversations de mademoiselle Couesdon avec l'ange Gabriel ; mademoiselle X... aurait pu prendre un brevet d'invention et poursuivre mademoiselle Couesdon en contrefaçon, car celle-ci n'a rien changé sauf l'ange qui est Raphaël dans un cas, Gabriel dans l'autre.

Voici ces hallucinations de l'ouïe ; il suffit qu'on l'interroge pour qu'il réponde ; pendant l'hiver, mademoiselle X. . se tient assise près de la bouche de chaleur du calorifère ; de cette cavité sort la voix de l'ange ; si elle se trouve ailleurs, si elle se promène par exemple dans le jardin, elle l'entend à deux ou trois pas d'elle. Lorsque mademoiselle X... est seule, la conversation est silencieuse ; mais si quelqu'un la prie de parler à l'ange mademoiselle X... fait les demandes et les réponses à haute voix et nous avons alors les conversations suivantes : Voulez-vous demander à l'ange s'il fera beau temps demain ? — Mademoiselle X... « Ange Raphaël, fera-t-il beau temps demain ?—Un temps de silence, mademoiselle X... écoute. — L'ange répond qu'il fera beau, dit-elle. — Le docteur fera-t-il un bon voyage? — Temps de silence. — L'ange répond : Vous ferez un bon voyage, docteur. — Demandez-lui encore si je toucherai la somme d'argent que je vais chercher ? — Temps de silence. — L'ange répond qu'il ne s'occupe pas d'argent. — Une malade lui dit : « Demandez à l'ange si mon frère viendra me voir aujourd'hui ? — Temps de silence, — Oui madame, l'ange me dit que votre frère viendra. Le soir, comme le frère n'est pas venu et que la malade répond que l'ange est un trompeur, mademoiselle X... répond que cela n'est pas possible et que l'ange Raphaël ne peut dire une chose fausse, que son frère est probablement venu mais n'a pas demandé à la voir. Chacun peut se figurer toute les interrogations qu'on peut faire à l'ange par l'entremise de

mademoiselle X... il est rare que l'ange ne réponde pas ; cela arrive pourtant. Je ferai de plus remarquer à mes confrères aliénistes, la singularité de cette hallucination qui se produit à volonté, lorsqu'une interrogation a lieu. Je fais observer à mademoiselle X... que l'ange se trompe aussi à son sujet; qu'il a dit qu'elle sortirait et qu'elle n'est pas sortie ; qu'elle ferait le voyage de Dijon avec un jeune homme et qu'elle n'est pas partie ; elle répond à cela que l'ange a promis ; qu'il faudra bien qu'elle sorte un jour ou l'autre et qu'elle fasse ce voyage. Chaque fois qu'on lui fait remarquer des contradictions entre les paroles de l'ange et les faits qui surviennent, elle prétend que les faits sont arrivés ou arriveront ; si on insiste trop, elle répond qu'on la fatigue et demande qu'on la laisse tranquille.

Mais en somme, comme il arrive qu'une fois sur deux les faits se produisent comme elle les annonce, quelques-uns de mes malades et d'autres personnes ne sont pas éloignés de croire qu'elle dit vrai et qu'elle communique avec l'ange Raphaël.

Se souvenant de la jouissance qu'elle éprouvait jadis avec son curé dans ses nuits d'hallucinée, elle a porté ses vues sur un jeune homme avec lequel elle voudrait s'unir, mais comme d'autre part elle a fait serment de n'avoir plus aucun rapport avec les prêtres et de ne plus entrer dans une église, ce n'est pas le mariage qu'elle désire, c'est, dit-elle, le collage. Ses conversations particulières avec l'ange roulent principalement sur cette union avec son jeune homme et sur la vie qu'ils mèneront une fois sortis de la maison.

En lisant les anecdotes racontées dans les journaux au sujet de mademoiselle Couesdon, j'ai pensé que mon cas était similaire à celui de cette voyante et qu'il était intéressant de les comparer ; j'écarte l'hypothèse d'une fourberie, chose possible ; j'admets que mademoiselle Couesdon et ses parents sont de bonne foi et qu'ils croient à la réalité des voix de l'ange Gabriel. Dans ce cas, mademoiselle Couesdon aurait les mêmes hallucinations que mademoiselle X...

De plus, je fais cette supposition : ma malade, installée à

Paris avec un entourage convenable, serait absolument dans la même situation que mademoiselle Couesdon et pourrait lui faire concurrence. Chez mademoiselle X... en dehors de son hallucination, rien ne dénote la folie ; elle peut parler d'une façon lucide sur toute espèce de sujets : Par exemple elle connaît l'histoire naturelle, la botanique surtout, comme un professeur de faculté et pendant des heures entières on peut causer avec elle sur ce sujet, non seulement sans qu'elle dise un mot insensé, mais, sans qu'elle se trompe une seule fois dans la description des plantes et dans leur classification; c'est même un plaisir de tourner avec elle les pages d'un herbier, tant elle connaît bien l'histoire de chaque fleur,

Que faudrait-il à mademoiselle X... pour réussir à Paris, si on peut employer le mot réussir dans un cas pareil ? une ou deux réclames dans les journaux et un nombre suffisant de badauds et de gens ignorants qui ne se plaignent pas lorsqu'ils sont trompés par les anges Raphaël ou Gabriel et qui crient au miracle, lorsque la réponse de ces bienheureux se trouve cadrer avec les faits.

Je pense que pour un cas comme celui de mademoiselle Couesdon dont tout le public s'occupe, on doit faire la lumière et une lumière aussi complète que possible; si le cas ressort de la justice, celle-ci doit faire cesser la fourberie par les moyens légaux comme on devrait le faire à l'égard de toutes les somnambules plus ou moins lucides qui volent l'argent des naïfs. Si le cas ressort de la pathologie mentale, il est du devoir des médecins aliénistes de s'en occuper; il faut montrer aux ignorants la vérité, leur expliquer ce qu'est une hallucination et les empêcher de croire à des miracles impossibles. Le nombre des gobeurs est infini ; il est de plusieurs millions en France, et pourtant la plupart de ces gens ne demandent souvent qu'à connaître la vérité ; faire le silence autour d'un cas comme celui de mademoiselle Couesdon c'est l'accepter ; le public qui lit les petits journaux se dit : Il paraît en somme que l'ange de mademoiselle Couesdon est bien réel, puisque personne ne dit le contraire, si c'était une farce ou bien une folie, ceux qui

savent le diraient bien. Le public a raison et c'est nous qu avons tort de ne pas proclamer la vérité aussitôt qu'une erreur se fait jour.

J'ai tâché de le faire aujourd'hui en publiant cette observation.

Drs A. PITRES ET E. RÉGIS. — **L'Obsession de la Rougeur (Ereuthophobie).**

La physiologie nous apprend que le phénomène de la rougeur est, par ses côtés essentiels, un fait d'ordre psychique.

Nous voudrions montrer qu'il peut aussi, dans certains cas, devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie (1).

La rougeur s'accompagne habituellement, on le sait, d'un sentiment de trouble et de confusion. Ce sentiment est parfois très pénible, surtout chez les hommes. Il semble en effet que les femmes qui rougissent cependant davantage, en soient moins affectées, peut-être parce que la rougeur est une expression en accord avec la délicatesse de leur sexe, et leur prête, pour ainsi dire, un charme de plus. On prétend que les Circassiennes qui rougissent sont estimées un plus haut prix.

(1) Nous aurions désiré nous abstenir de baptiser cette obsession, estimant que la nomenclature des phobies est déjà suffisamment longue et n'ayant aucun goût pour les néologismes médicaux inutiles. Cependant, pour nous conformer à un usage aujourd'hui établi, comme pour la commodité du langage, et à condition qu'on ne voie pas là le désir d'ériger un simple syndrôme en maladie nouvelle, nous proposerons une dénomination à cette obsession. Tout d'abord, nous la désignions entre nous par le nom d'Erythrophobie, sous lequel elle est déjà couramment connue à Bordeaux. Mais Ερυθρον voulant dire simplement couleur rouge, Erythrophobie ne pouvait signifier que phobie du rouge et non de la rougeur, d'où une source de confusion possible. Précisément, l'un de nous vient d'observer une dame, qui, entre autres phobies, présente celle de la couleur rouge, à ce point qu'on a dû enlever de sa chambre tous les objets de cette teinte. Il y a donc là deux phobies très distinctes l'une de l'autre : la phobie du rouge, la phobie du bœuf ou du taureau, qu'on peut appeler l'*Erythrophobie* et la phobie de la rougeur, à laquelle on pourrait donner le nom d'*Ereuthophobie*, de Ερευθος, rougeur de la honte.

Mais nous le répétons, nous ne tenons pas le moins du monde à ces dénominations, qui sont l'accessoire. Le point important, c'est le fait psychologique.

La rougeur de l'homme a quelque chose de plus ennuyeux, de plus ridicule, sans doute parce que c'est un signe de timidité, de faiblesse, de féminisme.

Parmi les individus sujets à rougir, il en est qui sur le moment sont plus ou moins gênés, décontenancés. Mais la rougeur passée, ils n'y pensent plus.

Chez d'autres, cette idée qu'ils ont rougi les poursuit et les tourmente, même dans l'intervalle. Ils y pensent et souvent ce souvenir seul les fait rougir à nouveau.

Chez certains, l'ennui d'avoir rougi se double de la crainte de rougir encore, de sorte qu'à tout instant, dans tous leurs actes, ils se montrent inquiets, timides, gênés, rougissant pour un rien, par la peur même de rougir, très malheureux de cet état. Si malheureux, qu'ils appréhendent tout contact, tout rapport de société et que beaucoup deviennent sombres, misanthropes, et songent même à la mort.

Ces cas sont loin d'être exceptionnels. L'enquête que nous avons faite nous a montré que bien des jeunes gens avaient éprouvé, à un degré quelconque, ce trouble émotif, et c'était pour eux comme un soulagement d'apprendre qu'ils n'étaient pas, ainsi qu'ils l'avaient cru, les seuls à en avoir souffert.

D'habitude toutefois, cette appréhension excessive de la rougeur n'a qu'un temps. Passé la jeunesse, vers 30 ans, elle s'atténue ou disparaît, en même temps que la rougeur elle-même devient plus rare et moins pénible.

Chez quelques-uns, cependant, la crainte de la rougeur prend les proportions d'une véritable obsession, qui empoisonne la vie et qui persiste durant de longues années, quelquefois indéfiniment.

Il existe donc, au point de vue de l'effet moral produit par la rougeur, comme une échelle de gradation et nous pouvons, à cet égard admettre trois degrés ou catégories.

1er Degré. — *Ereuthose simple.*

Au premier degré se placent des individus qui ont une facilité soit innée, soit acquise, à rougir. Sous l'influence de condi-

tions diverses, particulièrement de conditions physiques, extérieures ou intérieures, à tout bout de champ, quelquefois, leur visage s'anime et se colore d'une façon plus ou moins intense et plus ou moins durable. Mais chez eux, tout se borne là. Ce qui les distingue donc, c'est leur absence complète de préoccupation vis-à-vis de leurs rougeurs, pour si fréquentes et pour si marquées qu'elles soient. Ou ils ne s'en émeuvent pas du tout, ou s'ils se troublent, c'est sur le moment. Après, ils n'y pensent plus.

Il nous paraît inutile de rapporter des faits de ce genre, faits courants et qui, au point de vue spécial qui nous occupe, n'offrent à vrai dire rien de pathologique. Nous les citons uniquement comme point de départ des états plus caractéristiques qui vont suivre.

2° Degré. — *Ereuthose émotive.*

Au deuxième degré, nous trouvons des individus qui non seulement rougissent très fréquemment, mais qui s'en tourmentent plus ou moins. Chez les uns, l'aptitude à rougir n'est que temporaire et due à une cause accidentelle, climatérique ou pathologique.

Ce sont de jeunes garçons, des jeunes filles au moment de la formation, des femmes à l'âge critique, des chloro-anémiques avec aménorrhée ou dysménorrhée. Chez les autres, l'aptitude à rougir est durable et fait pour ainsi dire partie du tempérament. Ce sont des délicats, des candidats à la tuberculose, des arthritiques, des nerveux, hystériques, neurasthéniques, ayant le plus souvent des névropathes et des tuberculeux dans leur famille et presque toujours aussi des parents ou collatéraux sujets à rougir.

Ce qui caractérise ces sujets, c'est d'une part l'excessive disposition qu'ils ont à rougir, particulièrement dans les rapports de la vie courante avec leurs semblables, dans les circonstances où il faut *se montrer*, d'autre part, l'ennui que provoque chez eux cette disposition quasi-maladive et le désir qu'ils ont de s'en débarrasser. Mais cet ennui et ce désir ne vont pas jusqu'à

l'obsession. Ils n'y pensent que de temps à autre, à la suite de leurs crises de confusion, qui les laissent honteux et irrités. Après ils redeviennent gais. Tout cela d'ailleurs s'amoindrit avec le temps.

Comme exemple et parmi tant d'autres, nous citerons les suivants, qui peuvent passer pour typiques.

Une jeune fille est prise à 18 ans de chloro-anémie avec aménorrhée et tous les jours, ordinairement à la même heure, elle éprouve parfois des bouffées de rougeur, parfois d'un seul côté du visage.

Tourmentée par la crainte de rougir en public, elle imagine. lorsqu'elle redoute quelque visite pour la journée, de se faire rougir chez elle, en s'approchant des fourneaux de la cuisine, ayant remarqué qu'après avoir rougi une fois, elle en était quitte en général jusqu'au lendemain. Ayant remarqué également qu'elle ne rougit que peu ou pas par les clairs soleils et durant le fort de l'été, elle demande, sans oser dire pourquoi, à être mise en pension en Italie. Chose étonnante, le vieux praticien qui soignait cette jeune fille, trouvant que ses couleurs étaient un indice d'excès de sang, lui faisait appliquer des sangsues ! Un traitement tonique et des bains de mer vinrent rapidement à bout de la chloro-anémie et de l'aménorrhée, si bien que les bouffées de rougeur disparurent et avec elles la préoccupation morale qui leur était liée.

La situation est la même pour beaucoup de femmes à la ménopause. Pour un rien, surtout aux repas, elles sont prises de bouffées subites et certaines en sont très gênées. Aussi évitent-elles avec soin les grands dîners, où l'effet congestif de la digestion se double de celui de la chaleur, de la lumière, de la nécessité de se sangler dans un corset, de figurer en nombreuse société. Nous connaissons une dame qui, ayant fini par céder à une invitation de ce genre, éprouva un véritable malaise. Une rougeur l'ayant prise en effet au moment où on parlait du Panama, malgré elle l'idée la prit qu'on pouvait établir un rapprochement entre sa rougeur et le Panama, ce qui l'émotionna très vivement.

Ces deux faits appartiennent à la catégorie des tendances temporaires à la rougeur émotive, dont nous parlions plus haut dues à une cause passagère elle-même, climatérique ou pathologique.

Voici maintenant, résumée par eux-mêmes, l'histoire de deux frères, étudiants en médecine, sujets par tempérament à la rougeur émotive avec préoccupation, mais sans obsession.

Observation I. — « J. X... 24 ans, étudiant en médecine. Père nerveux, émotif, à émotion se traduisant par afflux de larmes, sans rougeur. Mère très sujette à la rougeur dans sa jeunesse, mais sans obsession, rougit moins aujourd'hui. Tuberculeux dans la famille.

« Une sœur et un frère (P. X...) sujets également à rougir. Rougit depuis l'âge de 6 à 7 ans, mais principalement depuis la puberté. Rougit beaucoup dans la rue, gêné par les regards des passants. Rougit devant un étalage, à la pensée que l'on pourrait croire qu'il peut voler des objets exposés. Rougit dans les magasins à entrée libre, de peur d'être soupçonné d'être venu là pour voler. Au café, lorsqu'il est seul. En tramway, en chemin de fer, surtout chez le coiffeur. Rougit plus fréquemment en présence de plusieurs personnes, notamment d'étrangers. Seul, rougit rarement, et alors c'est au souvenir d'une commission non faite, d'une indélicatesse commise, du tort porté à quelqu'un, d'une maladresse qui l'a fait mal juger.

« Rougit moins par un temps clair et chaud, davantage par un temps lourd et couvert.

« Rougeur variable et intermittente. Reste des semaines sans rougir, puis rougit très souvent pendant d'autres semaines.

« Il sent venir la rougeur. Il éprouve une sensation vague d'avoir dans la poitrine une certaine quantité de sang en trop : un verre environ. Ce sang serait prêt à monter à la face. Quand la rougeur avorte, ce qui arrive quand la cause cesse, le trop plein du sang semble s'être arrêté à la gorge puis redescendu, comme un index de liquide qui monterait ou descendrait dans un tube.

« Quand la rougeur est intense, le front se couvre de goutte-

lettes de sueur, surtout quand la rougeur s'est reproduite quatre ou cinq fois dans un court espace de temps. Avec la rougeur, sensation de chaleur exagérée à la tête, battements forts des artères. Quelquefois, mais rarement, palpitations cardiaques.

« Eprouve parfois seulement de la confusion. Il se tourmente par moments de son état, mais peu et cela ne l'empêche aucunement après, d'être très gai.

« Quant aux moyens qu'il emploie pour cacher sa rougeur ou l'empêcher, les voici :

« S'il se trouve avec des gens qui savent qu'il rougit pour un rien, il n'essaie pas de cacher sa rougeur ; sinon, il tente de la dissimuler, le plus souvent au moyen des mains, dans la pose où, les coudes appuyés, on se tient la tête entre les doigts. S'il est au café, ou en chemin de fer, ou en tramway, il use du journal dans lequel il semble se plonger et derrière lequel il s'abrite. Voyant dans la rue une personne connue qui doit l'impressionner, et sentant venir la rougeur, il change de trottoir ou de rue, ou bien il revient sur ses pas.

« Pour l'empêcher :

« Il essaie en arrêtant son souffle après une forte inspiration, de s'empêcher de rougir. »

Observation II. — « P. X...:. étudiant, frère du précédent. « Se rappelle avoir toujours été faible à émotionner et à faire rougir. Les larmes arrivent aussi très facilement.

« A 18 ans, crise de neurasthénie : troubles gastriques, maux de tête, névralgies, diminution de la faculté d'attention.

La rougeur survient assez irrégulièrement, mais il n'est guère de jour où P. X ... ne rougisse pas, hormis par les temps froids.

« Il se dit : Je vais rougir, et alors il tente d'arrêter le phénomène qui ne se produit jamais immédiatement. Pour cela, il essaie de penser à autre chose, mais le plus souvent le moyen ne réussit pas et il sent affluer le sang.

« Dans les cas les plus ordinaires, il éprouve au moment de la bouffée, une simple sensation de chaleur à la joue. S'il se trouve avec quelqu'un, il parle vite, sans savoir ce qu'il dit afin de détourner l'attention de l'interlocuteur et de faire croire qu'il est occupé d'autre chose que de sa rougeur, mais il y pense

et il en est confus. Si on le lui fait remarquer, il en ressent de l'humeur, vite réprimée, et il se plaisante lui-même. Dans ce cas, il ne se préoccupe pas beaucoup de l'incident.

« Dans les cas plus forts, par exemple au milieu d'une compagnie, il lui arrive tout à coup de *penser qu'il pourrait rougir*. Cette pensée l'inquiète ; il essaie alors d'intéresser plus vivement son esprit à ce qui se dit, et réussit parfois à ne pas rougir. — Sinon, la rougeur arrive à son comble. — Des bouffées successives montent, le corps se couvre de sueur, avec sensation d'horripilation.

« P. X... sent alors son cœur battre avec violence, ainsi que les artères de la tête et du cou.

« Il ne se souvient pas d'avoir rougi dans l'obscurité. — Quand il est seul, il rougit rarement, et alors exactement sous l'influence des mêmes causes que son frère.

« Il rougit rarement dans la rue, redoute les pensionnats de jeunes filles, car la pensée d'une rougeur possible lui vient alors fatalement. Au café, en tramway, en chemin de fer, chez le coiffeur, même chose que son frère.

« Sa disposition à rougir ne le rend malheureux que par instants, quand il y songe, mais ne constitue pas le moins du monde une obsession.

3e DEGRÉ. — *Ereuthose obsédante* (*Ereuthophobie*)

Nous avons parlé jusqu'ici des individus qui, soit temporairement, soit d'une façon durable, étaient sujets à rougir et qui s'en tourmentaient plus ou moins, mais dont la préoccupation n'était qu'intermittente et relativement peu intense.

Il en existe d'autres chez lesquels la préoccupation de la rougeur constitue une obsession véritable, une phobie extrêmement pénible, tenace et incessante. Ce sont ceux de notre troisième catégorie.

Nous avons, dans ces dernières années, observé neuf cas typiques de ce genre et c'est en rapprochant ces cas que nous allons résumer les traits principaux de l'obsession à laquelle ils se rapportent.

Et d'abord, à l'exception d'une dame qui présentait d'ailleurs certaines particularités, nos sujets étaient tous des *hommes*, ce qui confirme ce que nous disions plus haut de l'influence psychique prépondérante de la rougeur dans le sexe masculin. On trouve bien des femmes atteintes d'éreuthose émotive, c'est-à-dire plus ou moins préoccupées de la crainte de rougir, mais l'obsession proprement dite, l'éreuthophobie paraît être surtout spéciale à l'homme.

Tous nos sujets étaient *jeunes*, ils avaient de 20 à 30 ans, sauf un, âgé aujourd'hui de 37 ans.

Tous avaient des nerveux, des alcooliques ou des tuberculeux dans leur famille. Tous avaient dans leurs ascendants ou leurs collatéraux des individus timides et enclins à rougir.

A part la femme, entachée d'hystérie, tous étaient des *neurasthéniques constitutionnels*, quelques-uns, en plus, des dégénérés à stigmates. Tous se souvenaient d'avoir rougi dès l'enfance, mais ils n'avaient commencé de s'en inquiéter qu'à l'âge de la *puberté*, entre 12 et 18 ans, le plus souvent à l'occasion d'un incident fortuit, d'une crise de rougeur particulièrement désagréable. A dater de ce moment, leur facilité à rougir, souvent objet d'allusions et de quolibets, les avait émus, tourmentés et ils en étaient arrivés à ne plus penser qu'à cela, ce qui les rendait très malheureux.

Identiques comme origine et comme début, ces cas offrent aussi symptômatiquement des caractères identiques.

Ainsi les crises de rougeur surviennent dans les mêmes conditions, sous l'action des mêmes influences.

Les malades sont unanimes à constater qu'ils sont plus ou moins sujets à rougir suivant le *temps*. Par les froids secs de l'hiver ou par les grands soleils de l'été, ils rougissent moins et s'en montrent d'autant plus heureux que la coloration plus vive de leur visage à ce moment leur semble un moyen naturel de protection et de dissimulation contre leur pénible infirmité. En revanche, par les temps chauds, orageux, humides, ils rougissent beaucoup plus. Certains, véritables baromètres, sentent par avance, à des malaises déterminés, que le temps va

se couvrir et alors, s'ils le peuvent, ils ne sortent pas pour éviter de rougir à tout bout de champ

Généralement ils sont mieux le *matin* que le *soir*. Toutefois, lorsque vient la nuit, ils recouvrent, à la faveur de l'obscurité, leur aplomb et même de la gaieté.

Entrer dans un salon, dans un magasin, dans un restaurant, dans un café, dans un lieu public, parler ou agir devant du monde, est pour eux une difficulté très grande, souvent insurmontable et lorsqu'ils essaient de se faire violence, c'est au prix d'une émotion qui touche parfois à l'angoisse. Un des actes les plus pénibles de la vie pour la plupart, est d'aller se faire raser ou couper les cheveux chez un *coiffeur*. Pour quelques-uns, c'est un véritable supplice que de sentir le barbier penché sur leur visage et les regardant. Ils ont beau lire un journal, fermer les yeux, essayer de penser à autre chose, toujours cette idée les obsède : « Si tu venais à rougir, quel ennui ! » et cela suffit, comme toujours ; ils ont beau se débattre, ils finissent par succomber et rougissent jusqu'à l'écarlate.

Ils peuvent facilement traverser une rue quand elle est déserte ; s'il y a du monde, et surtout si on a l'air de les regarder, ils se troublent, s'agitent et ne savent à quoi se résoudre pour se tirer d'embarras.

Devant des gens connus, surtout devant des dames ou des jeunes filles, leur émoi est extrême. L'un d'eux, obligé de passer devant un atelier de couturières en sortant de son travail, ne pouvait le faire qu'en prenant son élan et en se mettant à courir, une fleur à la bouche, pour se donner une contenance. Un jour, interpellé au passage par l'une d'elles, il rougit et trembla si violemment, qu'il fut obligé de se cramponner pour éviter de tomber, et à la suite, honteux et désespéré, il s'empressa de quitter le pays.

Beaucoup évitent de manger dans un restaurant et s'astreignent à prendre leurs repas seuls, en famille ou dans une maison particulière. Quand ils sont à table en compagnie, si on parle autour d'eux, si on s'occupe d'autre chose, ils sont

calmes. Si on les regarde, si on les interroge, si surtout ils sont obligés de parler, ils se troublent aussitôt et rougissent.

Au théâtre, ils sont généralement tranquilles, parce que leur attention et celle des spectateurs est attirée ailleurs.

Certains sujets de conversation, certains propos les font rougir davantage. Si on parle d'un méfait par exemple, ils rougissent comme s'ils étaient coupables. De même pour certains actes. Ils rougissent s'ils commettent une maladresse, une gaucherie, une infraction quelconque aux règles de l'étiquette ou si seulement on les commet devant eux. Ils rougissent non-seulement s'ils font mal, mais aussi s'ils font bien, par exemple s'ils se livrent à une aumône en public, de peur d'être taxés d'ostentation.

La plupart de leurs rougeurs ont pour cause une pensée secrète, une appréhension quelconque, surtout celle de rougir, qui ne les quitte pas. Même seuls, elle les obsède et c'est ainsi qu'il leur arrive de rougir dans la solitude, au souvenir d'un incident désagréable, d'une confusion pénible, ou d'un obstacle difficile à surmonter pour leur timidité.

La *Crise de rougeur*, à part quelques différences légères, est la même chez tous les malades.

Presque toujours, elle survient naturellement au moment où ils la redoutent et où ils se disent : « Si j'allais rougir ! » ou encore : « Je vais rougir. »

Généralement, ils la sentent venir. L'un dit que « ça part dans l'intérieur du corps comme une faiblesse de cœur qui monte jusqu'aux tempes et produit l'agitation du sang et des picotements comme des pointes d'aiguilles. » Un autre ressent : « un poids sur l'estomac, un resserrement dans les hypocondres, des palpitations, des bouffées, de l'angoisse, etc. » Un autre éprouve d'abord des palpitations. Son cœur bat avec force. Puis sa respiration devient oppressée, haletante. Le sang lui monte violemment à la tête. Ses oreilles bourdonnent. Ses tempes battent. Ses yeux ne voient plus. Ses paupières s'agitent convulsivement. Sa tête est lourde. Ses jambes se dérobent et vont de travers. Sa bouche se tourne dans tous les sens et grimace, sa

langue remue, mais il ne peut parler. Son corps est agité d'un tremblement général.

La rougeur est plus ou moins vive suivant les cas. Elle va du rouge clair au rouge brun, sans que ces variations de nuances aient une influence quelconque sur l'état de l'esprit et, à cet égard, on peut dire que l'intensité de l'obsession n'est nullement en rapport avec l'intensité de la rougeur. Parfois on constate très nettement le pouls capillaire. L'étendue de la rougeur est également des plus variables. Le plus souvent elle est limitée à la joue et s'arrête au cou. Elle peut exceptionnellement descendre plus bas. On a du reste cité quelques faits physiologiques où la rougeur avait envahi tout le corps.

Une sensation de chaleur souvent très nette accompagne la rougeur. Une sueur plus ou moins abondante et plus ou moins généralisée, parfois compliquée d'autres phénomènes de réaction émotive, besoin d'uriner, diarrhée subite, etc., la suit d'habitude et marque, dans ce cas, la dernière période de la crise, qui ne se prolonge guère au-delà de quelques instants.

Dès le début, les sujets sont dans un état de trouble et d'angoisse inexprimables. Plusieurs pensées les assaillent. Ils ont peur qu'on les trouve timides, ridicules, qu'on les prenne pour des ivrognes, qu'on croie qu'ils ont fait un mauvais coup, qu'on se moque d'eux, qu'on fasse sur eux des réflexions désobligeantes, quelquefois d'avoir une attaque. Ils ressentent en même temps que de la confusion, un sentiment de colère contre tout le monde, surtout contre eux. Ils sont furieux d'être comme çà. Aussi, à ce moment, si on les regarde, si on a l'air de sourire, si on fait la moindre allusion à leur rougeur, ils se fâchent, deviennent grossiers, même insolents. L'un d'eux s'écriait alors : « Qu'est-ce que çà peut vous foutre que je devienne vert, rouge ou bleu ! » Et il s'en allait furieux. Un autre menaçait et pour un rien aurait frappé. Il y a là un court moment où l'obsédé a de la peine à rester maître de lui. C'est la vraie *furor brevis* des anciens.

Quand la crise s'achève, la rougeur diminue rapidement et fait place parfois à de la pâleur. Les phénomènes concomitants

disparaissent, la confusion se dissipe et le sujet reste partagé entre l'ennui d'avoir rougi si bêtement et la satisfaction de n'avoir pas à rougir de quelque temps.

Ces crises, d'intensité variable, se *renouvellent* plus ou moins fréquemment. Quelquefois elles se produisent plusieurs fois par jour ; d'autres fois, elles cessent pendant plusieurs semaines. Nous avons vu plus haut quelles sont les influences qui les favorisent.

En dehors de l'état mental de la crise ou du paroxysme que nous venons d'indiquer, les sujets continuent, même dans l'*intervalle*, d'être préoccupés par l'idée de leur rougeur. Ils en sont tyranniquement obsédés. Ils ne pensent plus qu'à çà. Ils ont beau essayer de chasser ce tourment de leur esprit, ils n'y parviennent pas et l'un d'eux nous disait : « C'est comme si un bossu voulait ne plus penser à sa bosse »

Presque tous, cherchent à se rendre compte de leur infirmité, à *s'analyser*. L'un est préoccupé surtout de savoir « comment il se fait qu'il y ait des personnes pâles dont la figure ne rougit jamais et d'autres chez qui le sang afflue, pour un rien, [au visage. Pourquoi ces différences ? Est-ce que le sang est plus éloigné de la peau chez les uns que chez les autres » ? Un autre est persuadé « qu'il n'est pas comme tout le monde, qu'il a le cerveau faible, qu'il n'y a pas chez lui équilibre entre le cerveau et le sang. » Il se croit « un malheureux martyr par la souffrance morale. Sa mère aurait mieux fait de se foutre à la rivière ou dans un couvent au lieu de faire des enfants. »

Tel est leur état mental dans *l'interparoxysme*. Telles sont les pensées qui les torturent et ce qui augmente leur souffrance c'est que, comme la plupart des obsédés, ils la cachent à tous sauf au médecin à qui ils s'ouvrent en confidence, lui parlant de leur obsession avec une émotion angoissante et la lui peignant comme un supplice de tous les instants qui empoisonne littéralement leur vie.

On comprend, dans ces conditions, que ces malheureux ne vivent pas de la vie de tout le monde. Non seulement ils restent des célibataires endurcis, mais encore ils fuient tout contact,

tout plaisir, s'enfermant dans une solitude sombre et farouche, songeant à en finir par le suicide s'ils ne guérissent pas, tombant, s'ils sont intelligents et instruits, dans ce *pessimisme* amer et subtil qu'on rencontre si souvent, comme l'a montré l'un de nous, chez les neurasthéniques supérieurs (1).

Parfois l'obsession de la rougeur se complique chez les malades, d'autres troubles psychiques, mais rarement d'obsessions différentes. Chez quelques-uns cependant, on observe certaines inhibitions émotives, en particulier de l'inhibition génitale.

Ce qu'il y a de vraiment curieux, ce sont les *artifices* auxquels ont recours les éreuthophobes soit pour empêcher, soit pour dissimuler leurs crises de rougeur.

S'empêcher de rougir est pour eux chose des plus difficiles, car pour faire effort dans ce but, il faut y penser, et penser à la rougeur, c'est incontestablement le meilleur moyen de la provoquer. Ils n'ont donc qu'un seul procédé un peu efficace, c'est de penser à autre chose. Beaucoup en usent et au moment où ils sentent venir la rougeur, ils essaient de détourner leur esprit, de « s'attentionner ailleurs » comme ils disent soit en lisant un journal, soit en causant avec quelqu'un, soit en parlant tout seuls à haute voix, soit en s'occupant à regarder, à sentir, à manipuler, à mâcher, à faire quelque chose : comme celui de nos sujets, un ouvrier, qui se plaçait une règle sur l'épaule et la balançait doucement, à la fois pour se captiver et pour se donner une contenance dans la rue. Cela réussit quelquefois, mais pas toujours et il est en somme assez rare que les obsédés de la rougeur puissent s'opposer à leur crise.

En revanche ils ont mille moyens, plus ingénieux les uns que les autres, de la dissimuler lorsqu'elle survient.

Parmi ces moyens, certains leur sont pour ainsi dire communs et tous y ont naturellement recours. Ils consistent à se cacher la figure dans un journal en faisant semblant de lire, à se couvrir le visage avec les mains ou avec un mouchoir en simulant

(1) E. Régis. Pessimisme et Neurasthénie (Leçons cliniques), et Rancurel. Pessimisme et Neurasthénie (Th. de Bordeaux, 1896).

de se moucher, de s'essuyer la figure, de calmer un mal de dents etc., etc.

La plupart ont des procédés particuliers. L'un enfonce son chapeau sur les yeux et prend l'attitude d'un homme harassé, qui n'en peut plus ; un autre se couvre de son parapluie ; un autre fait semblant de lire des affiches ; un autre, si on lui adresse brusquement la parole quand il est à son travail, se baisse et a l'air de chercher quelque chose sous un meuble, etc. Mais le moyen employé le plus volontiers par les malades, à la fois pour empêcher et pour cacher leur rougeur, c'est de *boire*. Cinq de nos sujets sur huit hommes se livraient à la boisson dans ce but.

Boire pour eux réalise un double avantage. En premier lieu, cela leur donne plus d'assurance, leur permet d'affronter les regards, de parler et d'agir comme tout le monde ; en second lieu, la boisson colore leur visage et cette coloration rend, pensent-ils, leur rougeur émotive beaucoup moins visible. Pure illusion d'ailleurs, car nous en connaissons un, devenu un ivrogne rubicond, chez lequel les bouffées de rougeur sont restées tout aussi apparentes.

Les boissons auxquelles ils ont recours de préférence sont les plus fortes, l'eau-de-vie, le rhum, l'absinthe. Deux de nos malades ont fini par présenter à la longue des symptômes physiques et psychiques d'alcoolisme et cependant la boisson leur répugnait et ils n'y avaient recours que par les temps ou dans les circonstances où ils redoutaient de rougir. L'un d'eux s'étant aperçu à 21 ans que quand il avait bu, il avait *du toupet* comme les autres, se mit à boire de temps en temps de l'alcool et de l'absinthe, comme préservatif de sa rougeur. Et comme il avait remarqué que l'excitant mettait environ vingt minutes à faire son œuvre, il avait soin de boire une petite demi-heure avant d'accomplir les actes qui coûtaient le plus à sa timidité. A ce moment, un peu étourdi, il aurait parlé, chanté, joué la comédie, bravé le monde entier.

Mais ce ne sont là que des palliatifs. Ce que voudraient surtout ces malheureux, c'est de ne plus rougir, ou de masquer

leur rougeur d'une façon constante. Ils conçoivent à cet égard toutes sortes de combinaisons étranges, qu'ils viennent proposer au médecin. L'un voudrait se poudrer la figure avec une poudre imperceptible, comme les femmes. Un autre demande à être délivré de son obsession par la suggestion. Un troisième, dans une lettre à l'un de nous, s'exprime ainsi ; « Ne pourrait-on pas empêcher les gens de rougir malgré eux? N'existe-t-il pas une teinture imitant le rouge naturel qui pourrait donner au teint une nuance feu permanent, de façon à avoir toujours le visage coloré? Ou bien ne pourrait-on pas infiltrer entre la première et la deuxième peau un liquide quelconque, absolument comme on fait pour un tatouage ; seulement au lieu d'être bleu, ce serait rouge ? »

L'histoire la plus curieuse à cet égard est celle de A... l'un de nos malades. Désireux de guérir à tout prix, il entre à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Pitres et réclame des sangsues. On lui applique quatre sangsues à la région mastoïdienne et on laisse couler le sang assez abondamment. Le lendemain, le malade se sent mieux, mais il demande déjà une saignée plus forte et peu de jours après, mécontent du résultat, il réclame une opération plus radicale, la ligature des deux carotides.

On se décide à lui donner un semblant de satisfaction et à pousser l'essai de psychothérapie à ses dernières limites. M. le professeur Demons, après avoir endormi A..., lui fait une longue incision sur le trajet de la carotide droite. La plaie est refermée à l'aide de plusieurs points de suture et recouverte d'un pansement complet. Sur la pancarte on inscrit : « Ligature de la carotide droite ».

Tout d'abord, le malade se trouve soulagé ; il se regarde constamment à la glace.

Le dixième jour on enlève les points de suture et on continue le pansement. Depuis plusieurs jours déjà, A.... est inquiet, il trouve que l'effet produit laisse à désirer et demande la ligature de l'autre côté. Il redevient obsédé, irascible, violent. Il est renvoyé de l'hôpital après une algarade.

Depuis, il est plus obsédé que jamais et ne cesse de réclamer une opération nouvelle. « La carotide, dit-il, a réussi dans un genre parce que le sang monte moins ; mais le cerveau est toujours très faible. C'est là qu'il faudrait travailler, prendre le mal dans sa racine. Pour moi ce qu'il faudrait, ce serait un changement de cerveau. Que voulez-vous? Mourir pour mourir!... »

On voit suffisamment par ce qui précède, que l'obsession de la rougeur est en général des plus *tenaces*. Chez aucun de nos sujets, malgré tout ce que nous avons pu tenter, nous n'avons constaté d'amélioration notable. Ce n'est que dans un cas, où la peur de la rougeur était liée à l'hystérie, que nous avons pu obtenir quelque chose, en particulier de la médication psychique, de la suggestion à l'état de veille, l'hypnose étant restée impossible. Chez nos autres malades, qui étaient ou neurasthéniques ou dégénérés, nous ne sommes arrivés à rien et ils semblent voués à perpétuité à leur torture morale.

L'obsession de la rougeur offre ceci de particulièrement intéressant qu'elle se lie, non à une condition quelconque, extérieure à l'individu, mais à un phénomène émotionnel intime, représenté par une modification vaso-motrice.

Elle paraît donc offrir un terrain de choix pour l'étude des rapports de *l'idée fixe* avec *l'émotion*.

On sait qu'à l'heure actuelle, un mouvement se dessine en psychologie, relativement à la théorie de l'émotion. D'une part les états affectifs, généralement regardés jusqu'ici comme secondaires et subordonnés aux états intellectuels, tendent à être considérés comme primitifs et autonomes. D'autre part, l'émotion n'est plus une faculté morale d'essence inconnue ; elle devient un fait biologique distinct composé de deux éléments ; l'un physique, primordial, la modification vaso-motrice, l'autre psychique, consécutif, le sentiment, et on en arrive déjà à la définir « la conscience des variations neuro-vasculaires. »

De ce mouvement psychologique, qui a pour représentants

principaux Bain, Spencer, Maudsley, James, Lange (1), Ribot (2), on peut rapprocher un mouvement similaire qui se produit en psychiâtrie à l'étranger et qui a pour objet de faire ressortir et de mettre en évidence, dans certaines affections mentales, la prépondérance du trouble émotif, de l'angoisse (Névrose angoissante de Freud (3), Psychoses angoissantes de Wernicke (4), etc.)

Les conséquences de ce double mouvement peuvent être considérables et s'il aboutit, on entrevoit déjà que l'affectivité, devenue une sphère spéciale, importante de la vie psychique, aura sa pathologie comme sa physiologie et que toute une série de formes morbides, classées aujourd'hui parmi les maladies intellectuelles, depuis l'obsession « équivalent affectif de l'idée fixe » (Ribot), jusqu'à la mélancolie anxieuse (angoisse aigüe), deviendront des maladies de l'émotivité.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ce serait, en fin de compte, admettre des DÉLIRES ÉMOTIFS, très étroitement liés aux variations vaso-motrices, c'est-à-dire revenir, après 30 ans et par le fait même de l'évolution scientifique, à la conception de Morel, ce clair génie de la psychiâtrie française, qui a décrit en 1866 les obsessions sous le nom de « délire émotif » et les a rattachées à une névrose du système nerveux ganglionnaire (5).

L'état actuel de nos connaissances ne permet pas de se prononcer encore et on ne peut que souhaiter de voir les recherches s'engager dans le sens de celles de Lange, Klippel et Dumas (6), c'est-à-dire à la fois dans la voie psychologique

(1). Lange. *Les Emotions*, étude psychophysiologique. Traduction du Dr Georges Dumas, (bibliothèque de philosophie contemporaine, 1895).

(2) Ribot : *La Psychologie des sentiments* (Bibliothèque de philosophie contemporaine 1896).

(3) Freud : *La Névrose angoissante* (Neurologisches, Centralblatt, 15 janvier 1895).

(4) Wernicke. *Les Psychoses angoissantes*(Allg. Zeitschrift für Psychiâtrie B. 53,H. 1895).

(5) Morel. *Le Délire émotif*, névrose du système nerveux ganglionnaire. Arch. générales de médecine, 1866.

(6) Klippel et Dumas. Des paralysies vaso-motrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux. (Comptes rendus du Congrès des Alién. et Neurol. de Bordeaux. Tome II, Masson, 1896).

et dans la voie expérimentale. Mais ce qui est évident déjà, c'est que le rôle de l'émotion dans certains états psychopathiques, comme l'obsession, est plus considérable qu'on ne le croit généralement, plus considérable même que celui de l'idée fixe et que, dans ces états, les phénomènes vaso-moteurs ne font jamais défaut, à côté du phénomène émotionnel proprement dit.

C'est à ce point de vue, c'est-à-dire au point de vue des rapports de l'élément mental et de l'élément effectif de l'obsession, de l'idée fixe et de l'émotion, que l'étude des phobies qui ont pour objet une des manifestations plus ou moins directes de la fonction vaso-motrice, telles que la rougeur, la pâleur, la sueur, la miction, la défécation, etc., est, ainsi que nous le disions plus haut, particulièrement intéressante.

Nous n'avons pu, l'attention n'étant pas encore suffisamment attirée sur ce point au moment où nous recueillions nos observations, étudier expérimentalement les réflexes vaso-moteurs chez nos obsédés, soit durant la crise paroxystique de rougeur, soit dans l'état interparoxystique. Nous pouvons néanmoins tirer des faits quelques déductions de psychologie clinique.

Et d'abord, il est incontestable que, dans tous les cas, la tendance à la rougeur émotive précède parfois de plusieurs années la crainte de rougir, et cela non seulement chez les éreuthosiques simples, mais aussi chez les vrais éreuthophobes qui, nous l'avons vu, rougissent depuis l'enfance, alors qu'ils ne commencent à s'en inquiéter réellèment qu'à dater de la puberté, c'est-à-dire de l'éveil des fortes impressions affectives. C'est donc la tendance excessive à rougir, tendance ordinairement innée et héréditaire, qui ouvre d'abord la scène ; puis survient le sentiment de confusion jusque-là peu marqué et enfin l'idée fixe qui se greffe sur ce complexus émotif comme une sorte de complication. L'ordre de succession des phénomènes est donc le suivant ; *phénomène vaso-moteur* (rougeur) ; *phénomène émotif* (confusion) ; *phénomène intellectuel* (idée fixe).

D'autre part, si on envisage la maladie non plus dans la succession de ses phénomènes, mais au point de vue de la gra-

vité croissante de ces diverses modalités, la même dissociation des trois éléments qui la composent se retrouve et dans le même ordre.

Ainsi, l'Ereuthose simple, nous l'avons vu, n'est autre que la tendance excessive à rougir, innée ou acquise, sans émotion morbide et sans idée fixe, c'est-à-dire la maladie réduite à son élément *vaso-moteur*.

L'Ereuthose émotive, elle, est la tendance à rougir avec émotion morbide, sans idée fixe, c'est-à-dire la maladie avec ses deux éléments *vaso-moteur* et *affectif*.

L'Ereuthophobie, enfin, est la tendance à rougir avec émotion morbide et idée fixe, c'est-à-dire la maladie au complet, avec ses trois éléments *vaso-moteur, affectif, intellectuel*.

On retrouve donc, dans l'ordre de gravité des formes morbides comme l'ordre de succession des symptômes, la rougeur à la base et l'idée fixe au sommet, à titre de couronnement possible de l'édifice pathologique.

Ajoutons aussi que la rougeur et la peur de rougir ne sont nullement en proportion constante et directe. Une disposition fréquente et violente à la rougeur, même avec réaction affective intense, peut coïncider avec une absence complète d'idée fixe et, d'autre part, une préoccupation mentale très vive peut accompagner une disposition des plus légère à rougir.

Toutes ces constatations sont en accord avec la théorie actuelle de l'émotion.

Un fait toutefois semble plaider contre l'antériorité et la prépondérance absolues, dans la phobie de la rougeur, de l'élément affectif. C'est que les crises de rougeur, une fois l'obsession créée, sont généralement engendrées par « l'idée » de rougir, c'est-à-dire par l'élément intellectuel. La plupart des malades, nous l'avons vu, sont très précis sur ce point. Il suffit qu'ils pensent qu'ils vont rougir pour que la rougeur apparaisse, à moins qu'ils ne parviennent à la refouler en « s'attentionnant ailleurs » ; en revanche, s'il n'y pensent pas, rien ne survient.

Les paroxysmes obsédants semblent donc commandés par l'idée fixe, l'émotion par l'idée.

Ce fait qu'une émotion est produite par une pensée n'a eu en soi rien d'inacceptable ni même qui soit contraire à la théorie de Lange, pour lequel l'émotion consiste essentiellement dans la conscience des modifications vaso-motrices, que le phénomène soit d'ailleurs primitif ou secondaire à une incitation purement mentale. On peut donc admettre que dans la crise de rougeur, c'est l'idée qui provoque l'émotion, sans que cela change rien à cette conception psychopathologique que le trouble émotif est l'élément fondamental de l'obsession.

Mais en allant au fond des choses, on s'aperçoit que le problème n'est pas aussi simple qu'il le paraît au premier abord. L'idée de rougir précède bien la rougeur, cela est incontestable. Mais l'émotion ne commence-t-elle qu'avec la rougeur ?

Il suffit d'avoir éprouvé des appréhensions anxieuses de ce genre, ou d'interroger ceux qui y sont sujets pour être convaincu que l'émotion apparaît en même temps que l'idée et que, dès que celle-ci surgit dans l'esprit, c'est-à-dire bien avant l'empourprement du visage, l'obsédé est ému, angoissé, souvent avec des malaises généraux, des frissonnements, de l'oppression, de la pâleur, des palpitations, de la constriction de la gorge, etc..

Il ne s'agit donc pas d'une idée simple, ordinaire, mais d'un état psychique complexe, dans lequel l'idée et l'émotion coexistent, indissolublement liées. Y a-t-il maintenant dans cette association un élément malgré tout antérieur et prédominant ? S'agit-il d'une *idée-émotion* ou d'une *émotion-idée ?* C'est ce qu'il est difficile de préciser.

Nous pensons néanmoins que ce que les malades appellent l'idée de rougir est en réalité une crainte, c'est-à-dire un phénomène avant tout émotif, consistant dans une représentation vive, une hypermnésie systématique de la mémoire affective, dans une réviviscence spontanée d'une émotion pénible antérieure, surgissant brusquement dans le champ de la conscience et aboutissant, à moins d'une dérivation ou d'un empêchement salutaires, à la reproduction de l'émotion première.

Il en est ainsi également dans l'état interparoxystique, où l'idée de la rougeur, bien que n'aboutissant pas à la crise, est

chaque fois accompagnée d'une émotion plus ou moins vive et plus ou moins marquée suivant les cas. Ici encore, l'idée fixe est inséparable de l'émotion.

Il existe d'ailleurs deux particularités dans l'histoire des éreuthophobes qui semblent indiquer que le paroxysme émotif n'est pas, autant qu'on pourrait le croire, sous la dépendance de l'idée.

La première, c'est la façon dont se passent les choses lorsque la crise survient brusquement, tout d'un coup, par exemple à la rencontre inopinée dans la rue d'une personne impressionnante. Immédiatement, le sujet éprouve un choc au cœur, comme un arrêt du sang avec oppression, tressaillements, angoisse, pâleur même puis rougeur, et c'est alors, mais alors seulement, que survient le flot des pensées et des inquiétudes obsédantes. — Ici le phénomène émotif se produit à la façon d'un réflexe immédiat. Le phénomène intellectuel n'est que consécutif.

L'autre particularité, c'est que, dans les rapports réciproques des deux phénomènes, ce sont les influences productrices de la rougeur, notamment les influences atmosphériques, qui influent, par leurs variations, sur l'intensité de l'idée fixe. Il peut même arriver ce fait curieux que lorsque l'état atmosphérique n'est pas favorable à la rougeur, le malade a beau penser à rougir, il n'y arrive pas. Un des obsédés dont l'observation est rapportée plus bas (Obs. IV) dit lui-même, en effet : « Quand il fait un froid vif et sec, que le vent cingle la figure, j'ai beau m'arrêter à causer dans la rue, *alors même que je songe à rougir, cela m'est impossible.* »

C'est là, croyons-nous, une preuve péremptoire que l'idée ne suffit pas à créer la crise émotive et que, dans cette crise, c'est, comme le soutient Lange, le phénomène vaso-moteur, soumis à des actions aussi bien extérieures qu'intérieures, qui est le principe et le fondement du processus affectif.

Il serait intéressant, pour corroborer ces données, d'où ressort la prépondérance manifeste de l'élément émotionnel, de les appuyer sur l'étude expérimentale des réflexes vaso-moteurs dans la série des divers états psychiques qui caractérisent l'éreuthophobie. Ce sont là des recherches difficiles, délicates,

mais qui, bien conduites, pourront aboutir, par la suite, à des résultats probants.

D'ores et déjà il est permis d'affirmer, croyons-nous, que dans l'obsession de la rougeur, comme dans beaucoup d'autres sans doute, le phénomène fondamental et constant, c'est l'*émotion*.

Nous nous bornerons à donner ici deux de nos observations d'obsession de la rougeur. Elles sont particulièrement intéressantes, en ce qu'elles émanent toutes deux de jeunes gens intelligents, instruits et qui ont décrit eux-mêmes, d'une façon très exacte et vraiment vécue, les divers symptômes qu'ils éprouvaient.

La première de ces observations nous a été communiquée par notre ami le Dr V. Dubourdieu, médecin adjoint des asiles d'aliénés, que nous remercions bien sincèrement.

Obs. III. — (*Communiquée par le Dr V. Dubourdieu.*)

V... L... 21 ans, étudiant très intelligent, instable, pessimiste, nerveux, impressionnable, sujet aux palpitations, est atteint d'éreuthophobie. Il décrit ainsi lui-même sa maladie :

Je me souviens d'avoir eu toujours beaucoup de sensibilité. La plus petite satisfaction accordée à mes désirs d'enfant me comblait de joie, la plus petite contrariété me causait une intense douleur.

Est-ce que ces diverses émotions se traduisaient par une rougeur du visage ? Il est possible, mais je n'en avais pas conscience.

C'est vers l'âge de douze ans, qu'est apparue chez moi cette crainte de rougir et ces rougeurs sans motif. Mon sens génésique était déjà éveillé depuis trois ans. C'est à neuf ans, au collège, que j'ai reçu l'initiation onanique. A douze ans, c'est-à-dire à mon entrée au lycée de X... je pratiquais ces habitudes, mais d'une façon assez modérée. J'ai connu la femme dans le courant de ma seizième année, pendant laquelle je faisais ma rhétorique. Ces *époques de ma vie génitale* n'ont été marquées *d'aucun changement dans ma maladie.*

J'ouvre une parenthèse. Vous me demandez mon état d'esprit lors de ma première communion? Parfait au point de vue

catholique. Au sujet des rapports que cela peut présenter avec ce qui vous occupe, sachez que longtemps avant et quelque temps après la communion, je m'abstins de toute pratique solitaire et que ma maladie n'était pas encore déclarée. Comme ma maladie est restée identique depuis son apparition, je passe sur ma vie de lycée et je vais la décrire dans ses généralités en prenant des exemples de ses manifestations dans les cinq dernières années.

Sachant ma facilité extraordinaire à rougir, je suis obsédé par cette idée : « Je vais rougir. » Cette idée me suit partout, me tenaille le cerveau et suffit à elle seule à me faire rougir sans qu'il soit besoin de l'intervention d'une personne étrangère, d'une circonstance extérieure. Pourtant si je suis seul dans ma chambre, cette idée généralement est insuffisante. Il faut que je sois dans la rue avec d'autres personnes, en un mot, en un endroit où ma rougeur puisse être remarquée. Exemple : Je suis seul, je traverse une rue. Tout d'un coup, à 20 mètres en avant, j'aperçois un groupe de personnes arrêtées qui regardent passer la foule. Il se peut que cela me laisse indifférent. La plupart du temps l'idée surgit et me frappe d'un choc : « Tu vas rougir. » Et si je n'ai pas le temps de passer avant que le rouge me monte au visage, je rougis. Si j'ai le temps, si je ne suis pas aperçu, le sentiment d'une délivrance me soulage, dissipe l'angoisse et le « phare » s'éteint au moment où il commençait à s'allumer.

Il m'arrivera de me détourner de mon chemin, de passer par une autre rue, de revenir sur mes pas, de faire semblant de lire un journal de très près pour me cacher.

Je m'imagine toujours qu'on me regarde, qu'on m'examine, que je suis l'objet d'une attention malveillante. Presque continuellement, je ressens dans la région précordiale une douleur légère et sourde, une gêne. Quand l'accès va se produire, cette gêne devient de l'angoisse. Il me semble qu'on me serre le cœur et en même temps je l'entends battre violemment, à coups précipités, je rougis. Alors les mains deviennent moites, j'étouffe (il me semble que mon col est trop petit et m'étrangle), je ressens des picotements derrière la nuque, aux oreilles, mes idées se troublent, je ne sais plus exactement ce que je dis, ce que je fais. J'ai envie de fuir, de rentrer sous terre.

Peu à peu, je me calme, je ressens une grande fatigue, je suis déprimé, abattu physiquement et moralement. Il me vient l'envie de me saoûler, de perdre connaissance, de me reposer, de mourir.

L'accès que je viens de décrire est un accès aigu. Généralement, il est moins fort. Il existe à tous les degrés.

Vous citer des faits, des circonstances ? Inutile, partout, toujours cette idée me menace. Vais-je dîner chez une personne ? C'est un supplice si j'ai la lumière dans les yeux. A table, s'occupe-t-on de moi ? Je rougis. Ne s'en occupe-t-on pas ? Je rougis aussi. Au café, la même chose. Avec les hommes, je rougis ; avec les femmes, je rougis.

Maintenant, quelles influences peuvent agir sur moi ? Au milieu de la foule, je souffre beaucoup. L'idée que je ne pourrai me dégager, fuir, que forcément ou me verra rougir, amène précisément la rougeur.

La température ? J'aime l'été avec beaucoup, beaucoup de soleil. Je ne passe pas à l'ombre. Puis viennent la pluie et le froid, le grand froid. Les temps gris, doux me mettent dans des états impossibles. (Il est vrai qu'il y a autre chose que cette peur de rougir.) La joie ? favorable. La tristesse ? défavorable. La boisson ? sur le moment, favorable, après augmente le mal.

Je n'ai suivi aucun traitement. J'ai pris du bromure pendant quelques jours ; j'ai fait de l'escrime avec douches après la séance, j'ai fumé deux fois de l'opium. D'autres ennuis, des chagrins sont venus interrompre ces petits essais. Pour oublier je buvais, et l'absinthe en deux jours détruisait le travail de quinze jours.

Moyen moral : Très réellement, je méprise la plupart des gens. J'ai essayé de me servir de ce sentiment pour m'empêcher de rougir. Je me disais : « Bête ! qu'est-ce que tous ces gens peuvent bien te faire ? Tu t'en fiches, n'est-ce-pas ? Tu n'as pas besoin de te troubler devant eux, etc. » Très imparfait, le moyen. Il m'a bien réussi quelquefois, mais en général, tout en me répétant : Tu les méprises, je n'en rougis pas moins.

A quoi bon m'étendre plus longuement là-dessus ? Je réponds brièvement à vos questions dernières.

Quand je souffre physiquement du cœur, je rougis plus facilement et plus souvent.

Je suis très ennuyé de ma maladie et je donnerais tout ce que je possède pour guérir ou tout au moins pour être amélioré. A un moment où d'autres chagrins augmentaient ma lassitude, elle est entrée pour une certaine part dans un acte de désespoir (1).

Observation IV. — R..... M....., 21 ans, intelligent, instruit, bachelier ès lettres, est atteint d'éreuthophobie. Il a rédigé lui-même sur sa maladie l'intéressante observation suivante, à laquelle nous laissons exactement sa forme et ses divisions, nous bornant à indiquer, en note, les quelques particularités complémentaires recueillies par nous au cours de notre examen.

I. — *Antécédents héréditaires.*

Peu de choses à dire ; tout ce que je sais, c'est que j'ai entendu dire plusieurs fois que ma grand'mère du côté maternel, jusque vers l'âge de 50 ans, avait une facilité extrême à rougir. Un regard suffisait pour lui faire monter le sang à la tête. Elle est atteinte d'asthme (2).

II. — *Antécédents personnels.*

Tempérament nerveux, affaibli.

Jusque vers l'âge de 14 ans, très bonne santé. A cette époque je fus atteint d'une fièvre muqueuse, puis typhoïde, mais cette dernière fut légère. L'année qui suivit cette fièvre (15 ans) je ressentis :

a) Des pesanteurs d'estomac après les repas, et, depuis, les digestions sont restées plus ou moins laborieuses.

(1) Le malade fait ici allusion à une tentative de suicide qu'il a accomplie dans une maison publique pendant qu'à côté de lui un de ses cousins se donnait la mort.

(2) *Père* très bien portant, 66 ans, caractère sérieux, froid. *Mère* atteinte d'une maladie de cœur. Très vive. Un peu scrupuleuse, sur les choses de l'amour en particulier. Elle ne lit pas les feuilletons du *Petit Journal* de peur d'y trouver des choses inconvenantes.

b) Les premiers symptômes de la gravelle urique : démangeaisons dans le canal en urinant et surtout à l'extrémité de la verge après avoir uriné. Dépôts de sable rouge, de mucus. Pas d'accès de coliques néphrétiques jusqu'ici.

A l'heure actuelle, pas de mucus, très peu de sable : ce qui domine, c'est la *congestion rénale*, c'est-à-dire que j'urine bien, pendant 15 ou 20 jours ; puis à propos de rien, sans cause apparente, la quantité d'urine décroît et passe de 12 à 1500 grammes, quantité normale, à 5, 6 ou 700 grammes.

Cet état dure un temps variable, 1, 2, 3, 5, 10 jours, puis la quantité normale reparaît, pour disparaître à nouveau au bout d'un certain temps également variable. Et ainsi de suite toute l'année, aussi bien l'hiver que l'été.

Tous les médecins à qui j'ai demandé la cause de cette variation de la quantité d'urine et qui très souvent ont différé sur d'autres points, ont été unanimes à me dire : « Cela tient à un état nerveux prononcé. »

Une particularité : Si j'entre dans un urinoir et que quelqu'un *que je connaisse* vienne se mettre à côté de moi, à moins que le besoin d'uriner soit très pressant, il m'est impossible d'y satisfaire. Cela date de deux ans (1).

III. — *Historique.*

Pour la première fois, j'ai eu conscience de cette *facilité extrême à rougir* vers l'âge de 6 ou 7 ans. Je me souviens qu'un jour ayant rougi devant une personne étrangère, cette personne en fit la remarque et je me rappelle ces paroles textuelles d'une domestique de ma famille qui était présente : « A la maison,

(1). Urines normales. Pas de sucre ni d'albumine. Cœur normal. Artères souples. Sommeil bon, rêves rares et insignifiants. Pupilles normales réagissant très bien à la lumière et à l'accommodation. Réflexes rotuliens très vifs des deux côtés. Pas de tremblements des mains, des paupières ni de la langue. Réflexes testiculaires très faibles. (Sensibilité testiculaire très vive. Les deux testicules sont petits, presque atrophiés, surtout le droit.) Réflexe abdominal faible.
Pas de dilatation de l'estomac, bien que le malade se plaigne de digestion lente et un peu pénible.

c'est la même chose : la moindre chose qu'on lui dit, il rougit. » Ces paroles me frappèrent et je me les suis toujours rappelées depuis.

Jusqu'à l'âge de 12 ou 13 ans, souvenirs confus. Jusqu'à cette époque, je ne pris pas garde à cette affection, car je n'avais aucune idée des lois de l'hérédité ; en outre j'espérais que cela passerait en grandissant. Or c'est le contraire qui arriva. Plus j'avançai en âge, plus cette facilité à rougir augmenta.

D'abord je ne rougissais que quand on m'adressait la parole et *vice versa*, ou quand on me regardait fixement durant un certain temps ; puis peu à peu je pris l'habitude de rougir en voyant venir de loin quelqu'un de connaissance, en entrant dans un café, dans un théâtre, dans une salle quelconque où il y avait du monde. Bien plus, huit fois sur dix, au moment d'entrer dans la chambre ou dans le cabinet de quelqu'un et alors même que j'ignore si ce quelqu'un y est ou non, je sens le sang me monter à la tête. De même, si je suis à causer avec quelqu'un et qu'une tierce personne arrive, je me sens rougir. Parfois même il m'est arrivé de rougir simplement dans une rue sans que personne m'adresse la parole. Enfin, mais rarement, il m'est arrivé de rougir étant seul.

Je le répète, je ne suis arrivé à l'état dans lequel je suis que *peu à peu*... Ma propre famille a, je crois, beaucoup contribué à développer cette affection.

Ainsi au lieu d'avoir l'air de n'y pas faire attention, de ne pas s'en apercevoir, mon père, jusque vers l'âge de 14 à 15 ans, avait sans cesse la malencontreuse idée de me dire : « Qu'est-ce que tu as à rougir ? Qu'est-ce qui te fait rougir ? — Tiens, ça l'a fait rougir que je dise cela. — Ah ! regardez donc comme il est rouge ! Il est rouge comme un coq ! — Bon ! voilà encore le rouge qui l'empoigne ! »

A force d'entendre dire que je rougissais, j'en ai pris l'habitude.

Quant aux procédés employés pour cacher cette affection, les voici :

a) Le plus pratique évidemment c'est, quand je suis invité

à un déjeuner, à une partie de plaisir etc., de prétexter un malaise, un empêchement quelconque.

b) A table, j'ai toujours soin d'avoir un journal à côté de moi et quand je sens le sang qui commence à me monter à la tête, vite je prends le journal et le mets devant moi de façon à ce que mon vis-à-vis ne me voie pas la figure.

c) Parfois, mais rarement, le procédé d'ailleurs n'étant pas très pratique et ne pouvant se renouveler sans cesse, je me suis passé un mouchoir devant la figure, prétextant un mal de dents factice.

d) Quand un de mes amis vient me voir, comme on ne se gêne pas avec ses amis, je garde mon chapeau sur la tête de façon à avoir le front en partie couvert : puis je fais asseoir mon visiteur non en face de moi, mais à ma gauche, afin que, au moment où je sentirai le sang commencer à monter à la tête, je puisse me cacher la joue gauche avec la main, le coude reposant sur le bras gauche d'un fauteuil.

e) Quand je suis chez quelqu'un, s'il y a des affiches à la porte et que, au moment d'entrer, je sente le sang qui commence à monter à la tête, je fais semblant de lire les affiches en attendant que la rougeur soit passée.

e) Mais quand je dois aller chez quelqu'un, le procédé que j'emploie le plus consiste à n'y aller que le soir ou quand le jour commence à baisser.

Influences diverses.

1° Influence de la température :

a) Par les temps chauds, quand on sue facilement, je rougis moins que d'habitude.

b) Quand il fait un froid vif et sec, quand le vent cingle la figure, j'ai beau m'arrêter à causer dans la rue, *alors même que je songe à rougir*, cela m'est impossible.

c) Par contre, par les temps mous et surtout *pluvieux*, extrême facilité à rougir.

2° Influence physiologique :

Après le dîner (7 heures) la facilité à rougir augmente.

3° Influence de l'heure :

C'est dans la journée que je rougis le plus.

L'heure à laquelle je rougis le moins, c'est le soir, avant le dîner, lorsque le jour baisse. Cela se comprend. A cette heure, si je rougissais cela ne paraîtrait pas. Or c'est précisément parce que je sais que cela ne paraîtra pas que je ne rougis pas.

4° Influence au point de vue moral et psychique :

a) Influence sur le moral. — Cet état peu commun a eu pour effet de déterminer chez moi une mélancolie effroyable, un pessimisme poussé au dernier degré. Aussi, je n'ai de goût pour rien, je suis incapable de m'intéresser à n'importe qui ou quoi, je ne peux plus faire la moindre chose sans me demander immédiatement : « A quoi bon ? » Il pourrait m'arriver n'importe quoi ou n'importe quel ordre de choses, cela me serait entièrement indifférent. Il me serait impossible d'éprouver un chagrin, une peine quelconque. C'est l'indifférentisme universel, un état d'âme qui se rapproche de ce qu'Epictète appelait « l'ataraxie ».

Car quand parfois la nature reprend le dessus, quand je suis par trop écœuré, j'éprouve un réel plaisir à lire Epictète, Schopenhauer, Hartmann, Léopardi, et tous les auteurs qui conseillent d'opposer à la douleur qui est dans le monde, la résignation, le silence et le mépris.

b) Influence psychique. — Avec une telle conception de la vie, il va sans dire que de tous les sentiments qui élèvent et ennoblissent l'homme : Dieu, l'âme, la patrie, l'honneur, la vertu, le désintéressement, je ne crois pas un traître mot.

Heureux encore quand je me contente de n'éprouver que de la pitié à leur égard !

Ainsi, pour Dieu, jusqu'à l'âge de 17 ou 18 ans, j'ai eu des

sentiments religieux assez vifs et qui certainement avaient été avivés par l'affection dont je suis atteint. Mais peu à peu, ces sentiments s'en allèrent naturellement — c'est-à-dire avant d'avoir lu aucun ouvrage opposé à la religion, avant même d'avoir eu connaissance des principales objections — pour faire place au doute lequel fit bientôt place à la négation. Ainsi aujourd'hui je suis convaincu que, comme le dit Büchner dans « Force et Matière », Dieu et l'âme sont des entités chimériques inventées par la métaphysique de Platon et popularisées par la scolastique du moyen âge.

Car je ne puis admettre, en dépit des solutions que la philosophie spiritualiste donne du problème du mal que, s'il y avait un Dieu juste et bon, la vie ne serait pas aussi abominable qu'elle est pour certaines gens. *Si Deus est, undè malum ?*

De même pour le patriotisme. Ainsi j'avoue n'avoir rien compris à l'indignation qu'ont montrée certains journaux parce que, dernièrement, à la tribune de la Chambre, un député socialiste a dit : « La patrie n'est qu'un mot. »

De même pour la vertu. Je suis persuadé que s'il y a des filles qui restent ce qu'on appelle sages, c'est uniquement par peur d'avoir des enfants.

A ce dernier point de vue, j'avoue également ne voir aucune différence entre une femme mariée et une femme qui ne l'est pas. Car enfin, du moment qu'une femme a appartenu à un homme, qu'elle a été souillée — ce n'est pas de ma faute, mais je trouve le coït ignoble — elle n'est plus respectable.

Il faut peut-être voir là l'explication de ce que je disais hier : à savoir que, devant une femme, je n'éprouve aucune espèce de trouble, tandis que des jeunes gens que je connais et qui d'habitude ne sont pourtant pas timides, n'ont aucune facilité à rougir, perdent littéralement la tête quand ils se trouvent en présence d'une femme.

Conclusions.

Donc, je rougis à tout propos et hors de tout propos. Voilà le fait.

Mais la rougeur n'est que l'*effet*. La *cause*, c'est la *pensée*, la *crainte* que j'ai, quand je me trouve en présence de quelqu'un, *de rougir*.

La *preuve*, c'est que si, par hasard, je rencontre quelqu'un dans la rue, ou si je suis fortement attentionné à un récit, à une conversation, et que je ne songe pas à rougir, eh bien, je ne rougis pas.

Supprimez la pensée et la rougeur cessera. Tout est là (1).

M. Jacques, professeur agrégé, s'est tenu durant les séances du mardi, matin et soir, dans la grande salle de dissection où il avait installé un grand nombre de microscopes destinés à montrer aux Congressistes des coupes de substance nerveuse préparées par les nouveaux procédés.

M. JACQUES. — **Présentation de Préparations histologiques.**

Les préparations que j'ai l'honneur de soumettre au Congrès sont relatives au système nerveux central et périphérique, et ont été obtenues par les méthodes histologiques les plus récentes et les plus démonstratives : la coloration vitale par le bleu de méthylène d'Ehrlich, et l'imprégnation chromo-argentique de Golgi. Grâce à l'élection toute spéciale du colorant et à son intensité, ces deux procédés fournissent des

(1) Quand R... était au lycée, on se moquait de sa facilité à rougir. Ses camarades lui disaient : « Tu vas encore piquer un phare », et cela lui était fort désagréable.

Un des ennuis de sa situation c'est que, lorsque les surveillants ou les professeurs lui reprochaient quelque chose, il avait beau dire qu'il n'en était pas coupable, on ne le croyait pas, parce que « sa rougeur le trahissait », disaient ses accusateurs.

La rougeur, quand elle arrive, ne dure pas plus de quelques instants, deux minutes au plus. Cela se dissipe ensuite lentement.

Pendant le temps de la consultation, R... n'a pas eu de forte rougeur. Il en a peur, non parce qu'il y attache une idée de maladie ou de terreur instinctive, mais uniquement parce que cela est « ridicule de rougir ainsi pour rien ».

Pas d'autres phobies. Pas d'émotion ni d'inhibition génitales. Pas d'excès.

images d'une netteté qui en rend l'interprétation accessible aux yeux les moins exercés.

Parmi les nombreuses coupes névrologiques en ma possession mon choix s'est exclusivement porté sur celles qui mettent clairement en lumière des dispositions aujourd'hui classiques, laissant de côté toutes les autres dont l'étude plus intéressante peut-être, mais trop délicate à coup sûr, n'eût pu trouver place au milieu de vos travaux.

Je me suis efforcé dans la limite du possible de mettre sous vos yeux des préparations empruntées au névraxe de l'homme, toutefois j'ai dû m'adresser aussi à divers animaux, soit dans un intérêt de simple comparaison, soit dans le but de suppléer à leur insuffisance numérique qui résulte inévitablement de la difficulté que l'on éprouve à se procurer des matériaux humains d'une fraîcheur suffisante pour l'obtention d'imprégnations convenables.

A côté de coupes de la moelle et de l'encéphale embryonnaires et adultes, vous trouverez d'autres préparations portant sur les ganglions cérébro-spinaux et sympathiques, les terminaisons nerveuses dans divers organes des sens, les arborisations motrices, les réseaux sensibles, etc...

Enfin j'ai cru intéressant de vous soumettre à titre comparatif certains éléments du système nerveux ganglionnaire des invertébrés.

INDEX DES PRÉPARATIONS EXPOSÉES

1°. — *Coupe transversale de la moelle dorsale du chat* nouveau né, colorée par la méthode rapide de Golgi et montrant divers types de cellules de la substance grise ainsi que les fibres des cordons.

2°. — *Coupe tangentielle d'un ganglion spinal de l'homme* (Enfant de 4 mois). — Une cellule unipolaire, piriforme, colorée en noir par le chromate d'argent, se prolonge par une expansion unique et courte qui ne tarde pas à se bifurquer en Y. L'une des branches plus grosse (périphérique) peut être suivie sur une partie de sa longueur ; l'autre plus grêle (centrale) se joint

bientôt à un faisceau d'autres fibrilles moniliformes également imprégnées.

3°. — *Coupe transversale de la moelle allongée de l'homme* (Fœtus de 4 mois 1/2) montrant dans l'épithélium épendymaire un certain nombre d'éléments fusiformes dont les expansions externes onduleuses et ramifiées latéralement s'irradient vers la surface du bulbe. (Méthode de Golgi-Cajal)

4°. — *Coupe transversale d'une circonvolution cérébelleuse de l'homme* (Enfant de 4 mois) pour la mise en évidence des cellules névrogliques spéciales de l'écorce (Méthode de Golgi).

5°. — *Coupe transversale de l'écorce cérébelleuse de l'homme* (Enfant de 4 mois) montrant deux cellules de Purkinse avec leur cylindraxe simple et moniliforme et leurs prolongements protoplasmatiques remplissant toute la couche moléculaire de leurs rameaux arborisés. Une coupe du même organe et du même sujet, mais simplement fixée au sublimé et colorée au carmin, permet d'apprécier par comparaison les avantages de l'imprégnation chromo-argentique sur les procédés anciens pour l'étude de la morphologie des éléments du tissu nerveux.

6°. — *Coupe transversale de la couche superficielle du cerveau de l'embryon humain* (Fœtus de 4 mois 1/2). Méthode de Golgi. Elle présente un grand nombre de cellules pyramidales en voie de développement, encore nettement fusiformes et bipolaires, fibres tangentielles superficielles.

7°. — *Coupe transversale de l'écorce cérébrale de l'homme* (Enfant de 4 mois); région fronto-pariétale ; réaction noire de Golgi. Destinée à montrer une petite cellule pyramidale avec cylindre en partant du centre de sa base et omettant quelques collatérales, son prolongement superficiel, épais et bifurqué, ses dendrites latéraux ; quelques cellules névrogliques à corps très réduit et à expansions rayonnées.

8°. — *Coupe transversale de l'écorce cérébrale du chat* de deux semaines, montrant des caractères analogues dans deux grandes et trois petites cellules pyramidales. Imprégnation chromo-argentique.

9°. — *Coupe transversale de la région superficielle du bulbe*

olfactif de jeune renard, méthode rapide de Golgi, montre les fibres du nerf olfactif formant superficiellement un feutrage serré, et dans leur voisinage une volumineuse arborisation glomérulaire du prolongement descendant d'une cellule mitrale.

10°. — *Coupe transversale totale du museau de la souris nouveau-née*, imprégnée au chromate d'argent et montrant en coupe le bulbe olfactif auquel aboutissent des faisceaux nerveux issus de la muqueuse olfactive. Dans l'épithélium olfactif on les voit naître soit par des arborisations libres, soit du pôle profond de cellules bipolaires de Schultze.

11°. — *Rétine de Cheval* étalée, colorée par le bleu de méthylène et fixée par la méthode de Bethe. Grandes cellules ganglionnaires et fibres du nerf optique. (Préparation de M. Bouris, préparateur d'histologie à la Faculté.)

12°. — *Terminaisons nerveuses dans un bourgeon gustatif de l'organe folié du lièvre adulte*, démontrant l'absence de continuité entre cellules des bourgeons et arborisations terminales des nerfs (Méthode de Golgi-Casol).

13°. — *Coupe longitudinale du ganglion cervical supérieur du chien adulte*, imprégné par la méthode rapide de Golgi. Types variés de cellules sympathiques.

14°. — *Arborisation terminale motrice dans les muscles linguaux de la souris nouveau-née*, type de terminaison dans le muscle strié. Méthode de Golgi.

15°. — *Réseau nerveux et terminaisons motrices spéciales dans la pointe du cœur de la grenouille* (Méthode de Golgi).

16°. — *Un amas ganglionnaire sous-péricardique du cœur du chien*, coloré par le bleu de méthylène. Région supérieure du ventricule droit, types divers de cellules multipolaires des ganglions cardiaques.

17°. — *Arborisations terminales sensitives et plexus nerveux de la muqueuse palatine de la souris nouveau-née*. Méthode de Golgi.

18°. — *Terminaisons nerveuses de forme spéciale dans la substance médullaire de la capsule surrénale du lapin nouveau-né.* Méthode de Golgi.

19°. — *Plexus et terminaisons nerveuses dans la glande sous-*

maxillaire de la souris adulte, imprégnés au chromate d'argent, type de terminaisons glandulaires.

20°. — *Plexus et réseau nerveux propres de la dure-mère crânienne du chien nouveau-né*. Bleu de méthylène.

21°. — *Un ganglion nerveux de la Chaîne ventrale de la sangsue médicinale*. Bleu de méthylène et picrocarmin d'Hoyer. (Préparation de M. G. Thiry, chef de laboratoire d'hygiène de la Faculté.)

La séance est levée.

Banquet par souscription du Congrès

Le mardi soir à sept heures, quarante-huit convives se réunissaient au Grand Hôtel pour le banquet du Congrès. M. Pitres présidait, ayant à ses côtés MM. Heydenreich, Bernheim. Citons parmi les convives MM. Ritti, Vallon, Lapointe, Bourneville, Voisin, Giraud, Doutrebente, Paul Garnier, Gilbert Ballet, Charpentier, Deny, etc., etc. Plusieurs dames ajoutaient, par leur aimable présence, au charme de cette réunion.

Au champagne, M. Pitres se lève et prononce une allocution pleine d'humour. « J'ai vu, dit-il, pendant mon séjour à Nancy, de belles rues, des places superbes, des monuments remarquables, des femmes charmantes, moins charmantes cependant que celles qui font l'ornement de cette table ; mais j'ai rencontré, pour la première fois de ma vie, deux choses surprenantes, phénoménales ; un Directeur d'Asile qui vit en bons termes avec ses médecins en chef et le doyen de la Faculté de Médecine, et, second phénomène, trente-six médecins qui sont tombés d'accord pour élire notre savant confrère, M. Ritti, président du Congrès de Toulouse. Je bois au Directeur de Maréville, à ses médecins en chef, au doyen de la Faculté, M. le Profes-

seur Heydenreich, à M. Ritti, président du futur Congrès, à mes vice-présidents, MM. Vallon et Lapointe. » M. Vallon remercie et, dans une fine improvisation, parle de l'Union qui doit resserrer les liens entre les Aliénistes, et affirme leur union intime avec les Neurologistes.

M. Ritti prend la parole pour remercier le Président et ses électeurs, et donne rendez-vous aux Congressistes pour l'année 1897, à Toulouse. Ici, dit-il, planent les ombres de Morel, de Renaudin, de Foville; là-bas, celles de Pinel et d'Esquirol, M. Ritti exprime, en termes émus, les regrets que lui cause l'absence de son ami et collègue, M. Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton, empêché par un deuil cruel de prendre part, comme les années précédentes, aux travaux du Congrès. Il lève son verre en l'honneur de M. Christian, dans un toast très applaudi de tous les assistants.

M. Bernheim boit aux dames présentes et absentes, et en particulier à Mme Pitres.

Enfin, M. Pitres prend de nouveau la parole et boit aux rapporteurs, MM. Séglas, Lamacq et Paul Garnier ; au secrétaire général, M. Vernet, et aux secrétaires des séances, MM. Seeligmann et Hartenberger.

M. Vernet remercie le président des paroles élogieuses qu'il lui a adressées et qu'il n'accepte qu'à la condition d'en reporter la meilleure part à son excellent collègue, M. Régis, qui par ses bons conseils et sa haute expérience lui a facilité la tâche toujours scabreuse de l'organisation d'un Congrès scientifique.

Mais le piano se fait entendre ; la jeunesse aimable et toujours empressée va inviter les dames, et bientôt une sauterie s'organise dans le grand salon où avait eu lieu le banquet. Danseurs et danseuses montrent le plus grand entrain malgré la température.

A onze heures passées, la fête prenait fin et chacun se retirait enchanté de sa soirée.

SÉANCE DU MERCREDI 5 AOUT (MATIN)

Présidence de M. le Dr PITRES, Président

La séance est ouverte à 9 heures du matin, sous la présidence de M. Pitres.

M. le Dr A. PICHENOT. — **Hyperostose crânienne chez une femme épileptique et semi-imbécile.**

La malade dont je présente ici l'observation est née dans le département de Vaucluse en 1854 et a été placée à l'Asile en 1873 à l'âge de 19 ans.

Le certificat médical d'admission la déclare atteinte depuis longtemps d'hydrocéphalie et d'attaques d'épilepsie très fréquentes qui s'accompagnent d'actes de folie : accès d'agitation avec cris, vociférations, impulsions méchantes, tendance au suicide, à mettre le feu et à se brûler elle-même, toutes manifestations morbides qui la rendaient dangereuse pour elle-même et pour la sécurité publique.

Antécédents héréditaires et personnels. — On n'a signalé aucune tare héréditaire dans la famille. Les grands parents sont morts très âgés ; père et mère bien constitués, bien portants et d'une intelligence moyenne. La malade avait une sœur et deux frères, qui ne présentaient rien d'anormal, cependant l'un d'eux, a-t-on dit, avait près de l'œil une petite tumeur?

La mère a raconté que sa fille, à l'âge de 9 ans, en se relevant brusquement frappa du front contre la clef d'un meuble ; quelques

Tête de trois quarts et de profil mettant en relief les bosses ou difformités craniennes

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Coupe horizontale du crâne permettant d'apprécier l'épaisseur anormale des os



jours après en la peignant elle constata l'existence d'une petite grosseur qui plus tard se serait développée peu à peu. — Les crises d'épilepsie se sont manifestées pour la première fois à l'âge de 15 ans c'est-à-dire 6 ans après l'accident, alors que la tumeur commençait à s'étendre sur la région frontale. — Elle n'a jamais été intelligente.

Tels sont les seuls renseignements bien incomplets trouvés au dossier de la malade. Malgré mes tentatives ultérieures, je n'ai pu m'en procurer de plus précis, à mon grand regret, car il eût été intéressant au point de vue pathogénique de savoir si nous n'étions pas en présence d'un cas de syphilis héréditaire.

État pendant son séjour à l'Asile. — A son arrivée dans l'établissement on a constaté qu'elle avait à la région frontale et pariétale des tumeurs irrégulières assez volumineuses et dures, mais je n'ai retrouvé aucune mensuration prise à cette époque, ni plus tard, ce qui ne m'a pas permis d'établir un terme de comparaison et de juger le degré de développement ou d'évolution de la tumeur pendant son séjour à l'Asile. — Toutefois des renseignements fournis par les infirmières qui ont toujours connu la malade il résulte que les difformités du crâne, assez accentuées au moment de son entrée, se sont développées progressivement pour arriver aux dimensions actuelles.

En 1893, peu de temps après avoir pris possession du service, j'ai relevé les mensurations suivantes qui étaient du reste les mêmes à l'époque du décès :

Circonférence horizontale maxima . .	62 centim.
Diamètre occipito-frontal	195 millim.
Diamètre bi-pariétal.	185 —
Diamètre du menton au sommet de la tumeur frontale	246 —

Taille moyenne, 1m 48. Système musculaire développé proportionnellement à la taille. Strabisme. Pas de malformations physiques apparentes sur le reste du corps. Gâteuse par intervalle, de nuit seulement. Bouche généralement entr'ouverte et

laissant échapper la salive au point que parfois on a dû lui mettre une bavette.

Physionomie sans expression, sentiments affectifs très émoussés, instruction nulle, pas d'aptitude au travail manuel; notions bornées, intelligence peu développée, constituant un certain degré d'imbécillité. Parlait généralement peu, ne tenant que des propos insignifiants. Incapable de fournir des renseignements sur les phénomènes qu'elle éprouvait, on n'a jamais pu savoir si elle était hallucinée.

En raison du poids anormal, de sa tête, elle éprouvait une certaine gêne à la mouvoir et la tenait le plus souvent inclinée sur la poitrine. Santé physique habituellement bonne. Aucun signe diathésique.

Certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine: folie épileptique.

Au point de vue de son affection mentale elle n'a rien présenté de bien particulier durant les 22 ans qu'elle est restée à l'établissement, son état de semi-imbécillité avec épilepsie n'étant guère susceptible de modifications. Pendant longtemps elle a eu des crises d'épilepsie violentes et assez fréquentes avec agitation concomitante, se montrait alors très irritable, méchante et parfois impulsive. Depuis quelques années seulement les crises avaient diminué de nombre et d'intensité, se réduisant assez souvent à des vertiges; en même temps la malade était devenue plus calme, plus sociable, ne manifestait plus d'idées de suicide, et les attaques étaient plutôt suivies de stupeur que d'agitation. Un fait à noter, c'est qu'elle tombait généralement sur le siège, et jamais sur la tête; nous n'avons du reste relevé sur la face aucune cicatrice ancienne. La langue seule portait des traces de morsures.

Tel était son état général lorsque, le 7 janvier 1894, elle fut prise subitement de crises violentes et répétées d'épilepsie, tomba dans le coma, présenta tous les symptômes d'accidents méningés hémorrhagiques et succomba trois jours après. Elle avait 40 ans.

Autopsie.

Avant de procéder à l'autopsie, j'ai fait raser la tête pour me permettre de la photographier et d'en prendre le moulage en plâtre.

En incisant et enlevant le cuir chevelu, on constate qu'il est hypertrophié, comme lardacé, surtout au niveau des renflements pariétaux et du renflement plus volumineux qui surmonte la région frontale — ce qui dénote une inflammation proliférique des parties molles dans le voisinage de la tumeur osseuse.

Ici, le moulage en plâtre de la tête a son importance, car il fait voir que par suite de cette hypertrophie du cuir chevelu, les difformités étaient plus accentuées du vivant de la malade qu'elles ne le sont en réalité sur la pièce anatomique.

La section horizontale de la calotte crânienne au lieu d'élection, pratiquée avec la scie, a été très laborieuse en raison de l'épaisseur et de la dureté extrême des os surtout au niveau du frontal.

En enlevant la calotte crânienne, on se trouve en présence d'une hémorrhagie méningée en nappe, avec épanchement sanguin abondant. Inflammation des méninges. Dure-mère épaissie et adhérente au crâne.

Poids de la masse encéphalique	1305 gr.
— du cerveau	1080 gr.
— du cervelet	225 gr.

Circonvolutions cérébrales larges, aplaties et peu profondes. Ventricules très développés et remplis de liquide encéphalo-rachidien assez abondant. Cervelet volumineux. A part un certain degré de ramollissement général de la substance cérébrale les coupes pratiquées sur l'encéphale ne font constater ni tumeur ni lésion organique spéciale pouvant expliquer l'épilepsie.

Quant aux organes intra-thoraciques et abdominaux ils ne présentent aucune particularité.

L'examen des organes génitaux a permis de constater que cette fille était vierge.

Saucerotte, Friedreich, Rathery et Leloir ayant publié des

observations d'hyperostoses généralisées primitives, où presque tous les os du squelette, sinon tous, avaient été successivement atteints, j'ai recherché sur les différentes parties du squelette mais je n'ai découvert aucune tumeur osseuse.

Le poids total du squelette osseux de la tête à l'état sec est de 2 kil.649 gram.; ce chiffre dépasse de beaucoup le poids normal moyen qui varie de 600 à 900 gr. chez la femme. Si on y ajoute le poids de l'encéphale qui est de 1305, celui du cuir chevelu et des parties molles, on voit que la tête pesait près de 5 kilogr. ce qui explique suffisamment pourquoi. de son vivant, elle éprouvait de la difficulté à la mouvoir et la portait inclinée en avant, sur la poitrine.

La calotte crânienne pèse à elle seule 1 kilogr. 885 gr. La coupe fait voir un tissu osseux, très condensé, dur comme de l'ivoire et présentant une épaisseur plus ou moins considérable suivant les régions. Tandis que l'épaisseur moyenne de la calotte crânienne est, d'après Blandin, de 9 millimètres et, d'après Parchappe, de 5, nous trouvons chez notre sujet les épaisseurs suivantes :

Bosse fronto-pariétale droite 4 centim. 1/2.

Bosse fronto-pariétale gauche 3 centim.

Région frontale antérieure 2 cent. 1/2 et 3 centim.

Enfin à la région occipito-pariétale, la paroi du crâne mesure encore de 8 mill. à 1 cent.

Quant à l'épaisseur de la voûte crânienne proprement dite, dans sa partie médiane, elle est de 5 centim. à la région frontale antérieure et de 3 cent 1/2 à la région pariétale moyenne.

L'hyperostose crânienne a donc pour siège principal le frontal et les pariétaux, toutefois ces derniers sont moins hypertrophiés à mesure qu'on se rapproche de la région occipitale.

Les sutures fronto-pariétale et interpariétale ont disparu, noyées dans la substance hypertrophiée des os correspondants. La suture lambdoïde ou occipito-pariétale est indemne, l'hyperostose se limitant par un bourrelet assez accentué situé immédiatement en avant du V occcipital.

Au côté externe droit de la région frontale, on remarque un

renflement, ou nodosité très saillante, séparé de la bosse frontale médiane par un sillon assez accentué. Son bord inférieur et externe présente au niveau de la tempe un bourrelet qui retombe en formant une exostose baveuse, d'un aspect tout particulier. Cette exostose recouvre en partie le temporal et la grande aile du sphénoïde sans toutefois faire corps avec ces deux os.

Aux régions médiane et latérale gauches du front, l'hypertrophie est également volumineuse, mamelonnée mais en masse plus diffuse. La partie convexe supérieure et surtout moyenne de la calotte crânienne est hérissée de villosités ou petites pointes osseuses entremaillées qui lui donnent un aspect aiguillé et spongieux.

Considérée dans son ensemble la cavité crânienne non seulement n'a pas été diminuée de capacité, mais paraît plutôt agrandie. L'hypertrophie s'est donc faite uniquement au dépens de la table externe des os et s'est développée de dedans en dehors sans exercer aucune compression sur l'encéphale. Intérieurement nous relevons un diamètre occipito-frontal de 15 cent. et un diamètre bi-pariétal de 11 cent. 1/2.

Nous n'avons trouvé à la face interne du crâne aucune exostose ayant pu comprimer le cerveau sur un point quelconque et déterminer l'épilepsie.

Au point de vue de l'ostéologie, la base du crâne présente aussi certaines anomalies qui méritent d'être signalées.

Étage supérieur. — Crête frontale saillante, à base large. Trou borgne volumineux. Apophyse crista-galli formant une lame tranchante de 1 centimètre de hauteur et déviée à gauche. La lame horizontale de l'ethmoïde présente un développement anormal, se prolonge en arrière jusqu'à la gouttière optique, mais n'est percée de trous olfactifs que dans sa moitié antérieure. Bosses orbitaires saillantes et amincies. Les parois antérieures et latérales des bosses frontales sont criblées de trous dont quelques-uns sont assez grands.

Étage moyen. — Fosse pituitaire très excavée, ayant 13 ou 15 millimètres de profondeur au-dessous du plan formé par les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. La lame quadrila-

tère du sphénoïde est mince et découpée à jour par des pertes irrégulières de substance.

Le trou déchiré antérieur est 4 à 5 fois plus grand qu'à l'état normal, agrandi aux dépens : 1° du corps du sphénoïde ; 2° de l'apophyse basilaire de l'occipital ; 3° du bord interne de la grande aile du sphénoïde ; 4° du sommet du rocher. A gauche le trou oval et le trou sphéno-épineux se confondent avec le trou déchiré antérieur.

En dehors de ces trous, sur la face interne des grandes ailes du sphénoïde on voit surtout à gauche des excavations qui intéressent presque toute l'épaisseur de l'os réduit à ce niveau à une mince lamelle.

Le sillon antérieur de l'artère méningée moyenne est transformé en gouttière profonde dont le relief se voit sur les faces externes de la portion écailleuse du temporal, et de la grande aile du sphénoïde, à tel point que sur ce trajet les os ne présentent qu'une très mince lamelle transparente. Plus haut, cette gouttière se transforme en canal osseux multifurqué pour gagner la calotte crânienne où les empreintes du sillon artériel sont encore assez profondes.

La face antérieure du rocher est élargie, presque horizontale, comme si cet os avait subi un mouvement de torsion en arrière.

Étage inférieur. — Amincissement général de l'occipital surtout dans le voisinage du trou occipital. Fosses cérébelleuses remarquables par leur dimension et leur profondeur. Gouttière latérale profonde à droite et effacée à gauche sur une partie de son trajet.

La crête occipitale interne est dédoublée et creusée d'une vaste gouttière en forme d'empreinte de massue dont la plus grosse extrémité occupe la place habituelle de la protubérance occipitale interne (près du trou occipital), de chaque côté de cette gouttière on remarque deux petites excavations en forme de cupule avec amincissement extrême de la table osseuse. Le trou occipital, très développé, mesure 4 centimètres dans son plus grand diamètre antéro-postérieur et 3 cent. 1/2 dans son diamètre latéral,

A la face inférieure externe de la base du crâne on constate que les canaux carotidiens sont presque transformés en gouttières, leurs parois n'étant reliées qu'en un seul point par un petit pont osseux.

On remarque également à la base du crâne quelques trous supplémentaires dont la destination nous échappe.

L'hypérostose frontale ayant envahi l'arcade sourcilière droite plus que la gauche, la cavité orbitaire de ce côté se trouve diminuée.

Enfin en examinant attentivement le maxillaire inférieur, on est frappé par l'absence des grosses molaires ; une ligne très légèrement rugueuse en indique seule la place virtuelle. N'ont-elles jamais existé ou bien les alvéoles se sont-elles résorbées complètement avec le temps ? On ne peut guère se prononcer sur ce point, toutefois je signale cette particularité qui n'existe pas sur le maxillaire supérieur.

L'observation clinique de notre malade n'offre pas en elle-même un bien grand intérêt et son histoire présente des lacunes, mais l'autopsie est des plus intéressantes. Elle fait voir en effet que cette femme était atteinte non pas d'hydrocéphalie ainsi qu'on l'avait pensé tout d'abord, mais bien d'ostéome constituant une hypérostose crânienne remarquable par son épaisseur et très rare dans les annales de la science ; c'est à ce titre que j'ai cru devoir faire cette communication et mettre sous les yeux de mes collègues du congrès de Nancy la pièce préparée, un moulage en plâtre de la tête ainsi qu'une série de photographies faites avant et après décès (1).

Quant à la pathogénie de cette tumeur osseuse, il me semble bien difficile de la déterminer.

L'hérédité ne paraît pas avoir joué un rôle dans la genèse de la maladie. D'autre part cette fille était vierge, elle n'a présenté ni accident syphilitique ni diathèse quelconque pendant son séjour à l'asile, et nous n'avons trouvé à l'autopsie aucune lésion sur les autres os. Il n'y a donc pas lieu de faire intervenir ici

(1) Les photographies les plus intéressantes ont été reproduites en une planche annexée à ce travail.

un facteur de nature spécifique. Enfin le traumatisme frontal, signalé par la mère de notre malade, me paraît difficilement admissible comme cause déterminante d'une affection aussi étendue des os du crâne.

Je crois donc que nous nous trouvons en présence d'une de ces *hypérostoses idiopathiques* à évolution progressive, dont l'origine reste généralement obscure et contre lesquelle le traitement médical ou chirurgical est impuissant.

Dr Ch. VALLON. — **Délire des persécutions à double forme.**

On sait que l'on distingue deux sortes de persécutés : les persécutés raisonnants ou persécutés type Falret et les persécutés hallucinés ou persécutés type Lasègue, dont les délirants chroniques de M. Magnan constituent la variété la plus commune.

Chez les persécutés hallucinés, le délire a une évolution progressive ; il passe par des phases successives : inquiétude vague pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie, interprétations délirantes, hallucinations, systématisation du délire, plus tard choix du ou des persécuteurs, souvent enfin mégalomanie. Chez les persécutés raisonnants le délire peut varier d'intensité, présenter des rémissions et des exacerbations, étendre sa sphère à un plus ou moins grand nombre de faits ou de personnes, mais il ne subit pas de transformations très prononcées, il conserve toujours les mêmes caractères primitifs. Les persécutés type Lasègue arrivent toujours à avoir des hallucinations, surtout de l'ouïe et de la sensibilité générale ; les persécutés type Falret, au contraire, n'en ont jamais.

Telles sont les différences radicales qui séparent les persécutés raisonnants des persécutés hallucinés ; ce sont là des faits bien connus, je n'y insiste pas. Il est un point seulement que je veux mettre en lumière et sur lequel on n'insiste généralement pas assez. Les persécutés raisonnants ne sont dangereux que

pour quelques personnes, souvent que pour une seule personne. Ainsi, j'ai dans mon service un inventeur qui accuse quelqu'un de lui avoir volé ses inventions, pendant des années il n'a persécuté que cette personne ; puis il a étendu la sphère de son animosité maladive à un juge d'instruction auquel il reproche de s'être laissé corrompre par son voleur ; mais en dehors de son prétendu spoliateur et du magistrat son complice, il n'en veut à qui que ce soit, il n'est dangereux pour personne. Les persécutés hallucinés, quand ils ont fait choix d'un ou de plusieurs persécuteurs, deviennent spécialement dangereux pour ces personnes, mais ils le sont pour tout le monde. Ils peuvent, sous l'influence de leurs hallucinations, frapper le premier venu. En un mot, chez les persécutés raisonnants, les actes processifs sont conditionnés par l'événement qui a été le point de départ de leur délire et s'adressent aux personnes qui ont été mêlées à cet événement ou à des faits connexes ; chez les persécutés hallucinés, les violences sont surtout conditionnées par les hallucinations du moment.

Ce fait a une importance pratique : on peut toujours connaître à l'avance les personnes pour lesquelles un persécuté raisonnant est dangereux, et, par conséquent, préserver ces personnes ; en ce qui concerne les persécutés hallucinés, ils sont dangereux non seulement pour les personnes qu'ils désignent comme leurs persécuteurs, mais en plus, j'insiste sur ce point, il y a toujours à craindre des actes violents conditionnés par les hallucinations du moment. Donc, voilà deux types de persécutés bien différents l'un de l'autre par l'évolution de leur délire, par la présence ou l'absence d'hallucinations, enfin par leurs actes, ou plus exactement, par les causes de leurs actes.

Eh bien, dans ces dernières années, j'ai observé un malade chez lequel on trouve réunies ces deux formes du délire de persécutions qui est à la fois un raisonnant et un halluciné, qui agit tantôt comme un raisonnant, tantôt comme un halluciné.

Voici son histoire :

R. est un homme de quarante-six ans, bien développé, à la physionomie intelligente : son enfance et son adolescence se

sont écoulées sans aucun accident pathologique grave, il a fait ses études dans un Lycée de Paris, il apprenait facilement et a eu des succès. A vingt ans, il est entré à l'Ecole des Ponts et Chaussées ; il y avait la réputation d'un élève fort intelligent, ayant une grande facilité d'assimilation, très travailleur, mais travaillant seulement les sujets qui lui plaisaient ; dès cette époque ses camarades avaient remarqué chez lui une tendance aux idées de persécution. Peu de temps après sa sortie de l'Ecole il donna sa démission d'ingénieur et s'en fut retrouver son père, entrepreneur de travaux publics. Les entreprises ne réussirent pas, et le père, découragé, se suicida. R. avait demandé à l'Etat la concession d'un chemin de fer en Algérie ; son projet fut rejeté et la ligne concédée à une compagnie rivale. Cet échec causa à R. un vif mécontentement ; son caractère déjà exalté s'aigrit de jour en jour, il se considéra comme dépossédé d'une œuvre qui lui appartenait et crut que des esprits jaloux s'étaient ligués contre lui pour l'empêcher de réussir. Dès ce moment (1882), il fut hanté par des idées de persécution ; bientôt il commença à harceler le Ministère des travaux publics de récriminations, prétendant qu'on lui avait volé ses plans et réclamant une indemnité. Depuis il n'a jamais cessé ses revendications. A peu près ruiné, R. partit pour l'Amérique et voyagea de droite et de gauche pendant plusieurs années, il occupa diverses situations importantes et fut notamment attaché comme ingénieur au percement de l'isthme de Panama avec des appointements annuels de quarante mille francs, mais il ne put se fixer nulle part. Son frère a dit de lui : « Son orgueil immense, né peut-être de ses succès d'école, et son ambition démesurée l'empêchèrent toujours d'accepter ou de conserver des situations pourtant sérieuses qu'il trouvait peu en rapport avec ses mérites. »

Tout en voyageant, il continuait à adresser des réclamations et des demandes d'argent au Ministère des Travaux publics. De passage à Chicago, dans une profonde misère, il fut trouver le Consul de France et lui demanda de lui faire une avance sur ce que lui devait l'Etat. Le Consul ayant refusé, il se livra à des actes de violence et on l'interna dans un Asile d'aliénés où il resta pendant trois mois, ensuite on l'embarqua pour la

France. A son arrivée au Havre, il fut placé à l'Hôpital, soumis à un examen médical pendant quelques jours et remis en liberté comme non aliéné.

Depuis son retour en France (1893), R. a poursuivi la concession de nouvelles lignes de Chemins de fer en Algérie et n'a cessé de réclamer une indemnité qu'il évalue à plus de six millions au sujet du plan qu'on lui a volé en 1882. Il a adressé à cet effet tant à la Présidence de la République qu'au Ministère des Travaux publics plusieurs centaines de lettres. Ces lettres écrites sur papier grand format comprennent toutes plusieurs pages, quelques-unes douze et même seize pages, en sorte que, réunies, elle formeraient plusieurs volumes. Elles se ressemblent d'ailleurs tant par le fond que par la forme. Ce sont de véritables mémoires établis pour montrer le bien fondé de ses réclamations tant sur la somme qui lui est due que sur les nouvelles concessions qu'il sollicite : l'écriture est le plus souvent négligée, on voit que les caractères en ont été tracés par une main impatiente.

Depuis sa rentrée en France, R. n'a voulu accepter aucune situation. Il vit modestement d'une pension de douze cents francs, que lui font ses camarades d'école. Il habite seul, ne parle à personne dans la maison, prépare lui-même ses repas, passe la plus grande partie de son temps à écrire et ne sort jamais.

N'ayant pu obtenir satisfaction ni de la Présidence ni du Ministère, R. s'est mis à adresser une série de plaintes au Procureur de la République contre le Ministre des Travaux publics. Ces lettres sont injurieuses et parfois menaçantes ; dans l'une d'elles il écrit : « L'attitude du Ministère à mon égard est des plus dommageables pour un industriel. Elle pourrait même, constituant dans cette affaire une violation de la loi et du droit, amener des violences matérielles dont je rejetterais bien loin de moi la responsabilité. »

En raison de ces lettres, une instruction est ouverte contre R. pour injure à un fonctionnaire de l'ordre administratif (le Ministre [des Travaux [publics] et le juge chargé d'instruire me commet le 11 juillet 1895 à l'effet d'examiner son état mental.

A la lecture du dossier, la première idée qui me vient à

l'esprit est que l'homme soumis à mon examen est un persécuté raisonnant. Son attitude, ses actes depuis treize ans, ses écrits, tout concorde à affermir en moi cette opinion.

R. s'est présenté à mon cabinet au jour et à l'heure que je lui avais indiqués; très calme, souriant, il m'a demandé de lui indiquer avant tout le pourquoi de ma convocation. Je lui ai fourni l'explication suivante : « Chaque fois qu'un inculpé a été interné dans un asile d'aliénés, ne serait-ce que quelques jours, il est d'usage, avant de le faire comparaître en justice, de le soumettre à l'examen d'un médecin. » M. R. après m'avoir écouté très attentivement avec un air qui devenait de plus en plus défiant au fur et à mesure que je parlais m'a fait la réponse que voici : « Je me refuse actuellement à toute expertise sur ma personne actuelle. J'ai été interné, il est vrai, pendant trois mois dans un asile d'aliénés d'Amérique, mais je n'étais pas fou. Le Consul avait déclaré que j'avais voulu le tuer lui et le personnel du Consulat, ce qui était complètement faux. J'étais dans une misère affreuse, je me nourrissais à peine, par contre je fumais beaucoup. Par suite de mon arrestation j'ai été privé brusquement de tabac, cela a produit chez moi des phénomènes d'empoisonnement, la nicotine me sortait par les yeux, les médecins n'ont pas compris mon cas, ils ont cru à de la folie, ce qui était faux; ils étaient d'ailleurs sous l'influence des déclarations mensongères du Consul. J'ai protesté en Amérique contre mon internement, depuis mon retour en France j'ai demandé à plusieurs reprises qu'une enquête fût faite à ce sujet, je n'ai pu l'obtenir, or, tant que le bien fondé de mon internement n'aura pas été établi, je me refuse à toute expertise. »

Tout en refusant de se soumettre à mon examen, M. R. cause longuement avec moi et me fournit, sans sans douter, des renseignements très précis sur son état mental. Il entre dans des explications et des récriminations sans fin au sujet de l'affaire des chemins de fers Algériens me répétant en somme ce qu'il a écrit plus de cent fois au Ministère des Travaux publics. « Depuis douze ans, conclue-t-il, ma vie est absorbée par cette affaire et il faut en finir, il faut qu'on me donne les six millions qui me sont dus. » Jusque-là mon examen confirme absolument l'impression que m'avait donnée la lecture du

dossier ; je me trouve en présence d'un persécuté type Falret.

Mais en poussant plus avant mon interrogatoire je finis par m'apercevoir que M. R. est également atteint d'un délire des persécutions du type Lasègue. Il me fait en effet des confidences qui ne laissent aucun doute à cet égard. Plus tard j'ai pu compléter ses indications par la lecture de différentes lettres adressées par lui à des amis. Dans l'une de ces missives il s'exprime ainsi :

« J'ai remarqué une foule de gens qui, lorsque je passe près « d'eux se mettent à tirer la langue ; mais ce n'est pas le geste « gouailleur de l'enfant mal élevé, c'est le geste indécent de « l'homme fait cherchant à produire ainsi une excitation véné- « rienne. Ce geste est bien le résultat d'un mot d'ordre donné. « Je l'ai observé un peu partout dans Paris. Dernièrement il « m'a été fait par un homme jeune encore, de fort bonne « tenue d'ailleurs, mais il m'a été fait avec cette hypocrisie « cauteleuse de l'homme qui ne veut avoir l'air de rien et avoir « encore le droit de se retrancher, si on lui adresse la parole « pour lui demander quelques explications, derrière une fin « de non recevoir en disant qu'il ne comprend rien à ce qu'on « lui dit, qu'il ne croit pas avoir fait le geste en question, « qu'il n'y a en tout cas attaché aucune importance, etc., etc.

« J'ai été sur le point de casser ma canne sur le dos de cet « individu. Nous aurions été au Commissariat de police. Il « aurait menti comme un beau diable et c'est encore moi qui « aurais passé pour un fou. Ce geste indécent, je l'ai observé, « un jour, de la part d'un médecin militaire. Plus étrange « encore, je l'ai observé, ce geste indécent, chez des femmes « de bonne tenue qui certainement ne sont pas des catins et « chez des jeunes filles de seize à dix-sept ans, qui n'avaient « certainement pas encore eu le temps de le devenir. Eh bien « véritablement il n'est pas un homme tant soit peu soucieux « de sa dignité qui ne serait profondément blessé de cette « attitude d'une foule à son égard et d'une foule qui est parfai- « tement consciente de ce qu'elle fait et qui est en tout cas « habilement menée par quelques drôles. »

Les signes dans la rue ont commencé seulement après la rentrée en France en 1892 ou au commencement de 1893, puis au bout de quelques mois les passants ont joint les paroles

aux grimaces. R. est très explicite à cet égard, et il ajoute : « En passant près de moi dans la rue et jusque sous mes « fenêtres des gens me disent et me répètent : (Tu n'arriveras « à rien, tu ne réussiras pas.) Ces gens-là font tout pour m'a- « gacer et m'irriter. Tenez, depuis deux ans je ne fréquente « plus du tout les femmes. En voici la raison : La dernière « fois que j'en ai vu une, mes persécuteurs sont allés immé- « diatement lui demander ce qui s'était passé entre elle et « moi, et depuis, dans la rue, ils en parlent constamment ou « y font allusion. Je ne veux pas vous donner de détails, c'est « dégoûtant. »

Je demande alors à R. s'il pense qu'il y ait relation entre son affaire du chemin de fer et l'attitude des passants à son égard :

« Voyez-vous, me dit-il, si l'Etat finit par me payer comme « je l'espère, les six millions qu'il me doit, ce sont des financiers « qui, finalement, fourniront la somme. Donc mes affaires avec « le Ministère intéressent beaucoup de monde. D'autre part « les entreprises nouvelles que je projette contrecarreront « beaucoup d'affaires anciennes ; aussi je suis la bête noire « de tous les gens qui sont à la tête de celle-ci. Ce sont ces « *voyous de finance* qui excitent tout le monde contre moi. »

J'en savais assez et je rédigeai un rapport dans lequel après avoir exposé que R. était un aliéné, atteint de délire des persécutions, j'ajoutai :

« Or comme les actes dont il est inculpé sont la conséquence « logique et forcée des idées délirantes qui le dominent, fata- « lement, ainsi du reste qu'il l'a déclaré dans plusieurs lettres, « il va continuer la série des outrages qu'il a commencée ; « tant qu'il sera libre, rien ne l'arrêtera.

« Jusqu'à présent R. est resté calme mais du jour au len- « demain il pourrait fort bien changer d'attitude et se livrer « à des actes de violence *soit contre les personnes qu'il accuse « de l'insulter dans la rue soit contre les représentants de « l'autorité* qui refusent de faire droit à ses réclamations. En « sorte que des mesures particulières me paraissent devoir « être prises à son endroit. J'estime qu'il serait prudent de « l'interner d'ores et déjà dans un Asile d'aliénés sans attendre « qu'il ait mis à exécution les menaces qu'il a proférées. C'est

« d'ailleurs le seul moyen de l'empêcher de commettre de « nouveaux outrages. »

A la suite de mon rapport, une ordonnance de non-lieu fut rendue par le juge d'instruction, mais on ne voulut pas avoir recours à l'internement et on se contenta de recommander au commissaire de police du quartier où habitait R. de le faire surveiller.

Je n'avais plus entendu parler de R. quand, le 7 mai 1896, il est conduit dans mon service à l'Asile de Villejuif. Voici ce qui s'était passé : Quelques jours auparavant vers huit heures et demie du soir, dans la rûe, il avait giflé et frappé d'un coup de poing sur la tête un valet de chambre qui passait à côté de lui. Amené devant le Commissaire de police, il a fait les déclarations suivantes :

« Cet individu m'a tiré la langue comme le coup de langue « d'une putain, tout le monde m'en fait autant, mais il faut que « cela cesse. »

On le voit, en 1895, c'étaient des actes de persécuté raisonnant qui avaient amené R. devant la Justice ; en 1896, c'est un acte de persécuté, type Lasègue, qui le fait interner.

A son arrivée à Villejuif, R. est très surexcité, il proteste avec indignation contre son internement.

« Je reconnais, dit-il, avoir commis l'acte qu'on me reproche « mais je refuse toute explication à ce sujet, j'en réclame la « responsabilité complète.

« Je proteste de toutes mes forces contre ma séquestration. « L'acte insignifiant que j'ai commis n'a été qu'un prétexte à « mon arrestation. La précipitation que la Police a mise à « procéder à cette séquestration prouve surabondamment que « cette arrestation et cette séquestration sont les conséquences « non de la gifle mais d'instructions reçues antérieurement « par le Commissariat de police et que dès lors elles sont « arbitraires et illégales. C'est une infamie, c'est une mons- « truosité, c'est la préparation évidente, certaine, d'un vol. « On veut me faire passer pour fou afin de me dépouiller « de toutes mes affaires de Chemin de fer. »

Les jours suivants, R. proteste tout aussi énergiquement contre sa séquestration ; il me met en demeure d'un ton impérieux et menaçant d'avoir à le mettre en liberté, de faire un

certificat déclarant qu'il n'est pas fou et qu'il n'a jamais été fou. Puis comme je lui fais toujours des réponses évasives il finit par ne plus me parler ; à la visite il me regarde d'un air de mépris et si je lui adresse la parole, immédiatement il tourne le dos.

Depuis son entrée dans mon service, R. écrit chaque jour une ou plusieurs longues lettres aux diverses autorités : Président de la République, Ministère des Travaux publics, Direction des chemins de fer, Procureur de la République, Préfet de police ; protestant contre sa séquestration, réclamant énergiquement sa sortie, mais ne cessant pas pour cela ses revendications anciennes. Il s'adresse à tous ceux de ses anciens camarades qui occupent des situations élevées, demandant leur intervention en sa faveur.

Dans une de ces lettres au Président de la République, il déclare consentir à entrer dans la voie des accommodements à condition qu'on lui accorde sa liberté immédiate. Il abandonne la première affaire mais il réclame à son profit le paiement de dix pour cent du montant de toutes les concessions de Chemins de fer faites postérieurement.

N'ayant pas obtenu satisfaction, quelques jours plus tard il revient sur son désistement partiel et déclare ne vouloir plus abandonner la moindre parcelle de ses droits.

Dans une lettre au Ministre des Travaux publics il écrit : « L'honneur pour vous, paraît-il, charlatans que vous êtes, « consiste à voler leurs idées, leur travail à ceux qui travail- « lent consciencieusement, à les ruiner, à les faire enfermer, « à les livrer à la risée des filous et des drôles et à vouloir « encore que, sans défense légale, ils aillent s'incliner devant « vous. Ah drôles, plus j'approfondis cette affaire d'Algérie « plus je réfléchis à ce long passé de dix-sept ans, plus je « comprends votre infamie pendant ces dix-sept ans et votre « infamie d'aujourd'hui, et je vous jure bien que si je pouvais « quitter la France et faire litière de cette nationalité si cor- « rompue et si avilie, je le ferais. »

R. peu de temps après son arrivée s'est plaint qu'à l'Asile comme dans la rue on lui fait des gestes inconvenants ; on lui tire la langue. Souvent dans la journée il a des mouvements de colère, il se fâche et crie comme s'il répondait à un

interlocuteur ; il semble bien halluciné de l'ouïe. Il est d'ailleurs impossible de s'en assurer en l'interrogeant, car il se tient à l'écart, ne parle à personne et refuse d'entrer en conversation avec toute personne appartenant au service médical.

L'observation que je viens de rapporter en détail mérite bien, je crois, la dénomination que je lui ai donnée de délire des persécutions à double forme. Ici, en effet, on trouve réunis chez un seul individu les deux types du délire des persécutions. Mon malade, après avoir présenté pendant une dizaine d'années uniquement les manifestations délirantes du persécuté raisonnant, est devenu un persécuté halluciné sans toutefois cesser d'être un raisonnant. Une nouvelle modalité délirante est venue s'ajouter à l'ancienne mais sans se substituer à elle.

L'évolution du délire hallucinatoire a présenté d'ailleurs une autonomie bien digne de remarque. Dans le délire type Lasègue, les hallucinations, on le sait, n'apparaissent pas d'emblée mais succèdent à une phase d'interprétations délirantes ; mon malade n'a pas échappé à la règle. Mais, et c'est là le point intéressant, les hallucinations ne se sont pas greffées sur les interprétations délirantes anciennes, sur le délire raisonnant ; elles ont été précédées de l'éclosion de nouvelles interprétations délirantes se rapportant non plus à la prétendue spoliation mais à l'attitude des passants. En sorte que le délire hallucinatoire a eu son évolution propre habituelle, il s'est développé parallèlement au délire raisonnant sans se confondre avec lui.

Bien plus, les deux délires une fois juxtaposés se sont traduits par deux séries d'actes de nature différente. Pendant des années, R... a poursuivi de ses revendications incessantes les différents ministres qui se sont succédés aux Travaux publics ; il a menacé un consul qui refusait de lui avancer de l'argent sur les sommes qu'il croit lui être dues par l'Etat, puis, en appelant de l'autorité administrative à l'autorité judiciaire, il a envoyé au Procureur de la République une plainte contre le

Ministre de l'époque conçue dans des termes tels qu'il s'est vu poursuivi pour outrages à un fonctionnaire. — Jusque là, son attitude avait été celle d'un persécuté type Falret, mais par la suite, il s'est comporté, en outre, comme un persécuté du type Lasègue ; il a cru que les passants se moquaient de lui, lui faisaient des gestes inconvenants, lui adressaient des insultes et un beau jour, dans la rue, il a frappé sans motif un homme, l'accusant de l'avoir injurié ; c'est alors qu'il a été arrêté et interné. — De même que le délire hallucinatoire n'avait pas dissipé le délire raisonnant, de même aussi les plaintes et les actes violents à l'égard des insulteurs de la rue n'ont pas fait cesser les revendications aux Pouvoirs publics.

En somme les deux délires ont coexisté, évoluant parallèlement, donnant lieu, chacun de leur côté, à une réaction particulière, absolument comme s'ils avaient pris naissance chez deux individus différents. Mon malade a ainsi présenté, en même temps, à lui tout seul, les deux formes du délire des persécutions, autrement dit, il a eu un délire des persécutions à double forme.

Il ne serait cependant pas exact de prétendre qu'il n'y a entre les deux délires raisonnant et hallucinatoire aucune relation. On a vu en effet que les persécuteurs de la rue sont soudoyés par des *voyous de finances*, par des gens qui craignent que R. réussisse enfin dans ses revendications pécuniaires et obtienne la concession des lignes destinées à compléter le réseau des chemins de fer Algériens. Ce sont donc en résumé les réclamations de R. au Ministère des Travaux publics qui sont la cause des persécutions qu'on lui fait dans la rue.

Cette relation de cause à effet entre les réclamations de R... et l'attitude des passants constitue une sorte de trait d'union entre les deux formes délirantes, mais c'est là un lien peu étroit, qui, loin de réunir les deux délires en un seul, laisse au contraire à chacun son individualité propre. Le titre que j'ai donné à mon ravail me paraît donc parfaitement justifié.

On pourra m'objecter que l'expression « à double forme » étant depuis longtemps adoptée en pathologie mentale pour désigner un genre de folie caractérisée par la succession d'ac-

cès mélancoliques et d'accès maniaques, il vaudrait mieux en employer une autre. Je ferai remarquer que les mots *délire des persécutions* qui, dans le titre dont je me suis servi, précèdent le terme « à double forme » suffisent de reste pour éviter toute confusion entre le type clinique que j'ai décrit et la folie à double forme.

Au surplus, si j'ai préféré cette dénomination à tout autre c'est que seule elle caractérise bien le fait auquel je l'ai appliquée. Je ne vois pas en effet à quel autre qualificatif j'aurais pu avoir recours ? Est-ce l'adjectif *mixte ?* Mais ce mot implique l'idée de mélange, il pourrait être appliqué à un délire participant à la fois d'une forme délirante et d'une autre, à un délire formé par la fusion de deux types délirants, il ne saurait convenir à la variété de délire des persécutions que j'ai observée.

Les cas de délire des persécutions à double forme doivent être fort rares, car, pour ma part, dans une pratique déjà longue, c'est le seul que j'ai rencontré. On a bien rapporté l'histoire de persécutés raisonnants ayant eu à un moment donné des hallucinations plus ou moins nettes mais nulle part je n'ai trouvé une observation dans laquelle les deux délires aient existé simultanément chez un même individu avec leurs caractères, leur évolution et leur réaction propres comme chez mon malade.

Le fait que j'ai relaté, avec les réflexions qui l'accompagnent, ne constitue, à aucun titre, dans mon esprit, un argument contre la division très rationnelle et très légitime des persécutés en persécutés hallucinés et persécutés raisonnants ; elle est simplement une preuve, qu'entre le délire des persécutions, type Lasègue et le délire des persécutions, type Falret, la ligne de démarcation, pour tranchée qu'elle soit, n'est cependant pas infranchissable : on peut observer, au moins, une variété intermédiaire, participant de l'une et de l'autre forme ou, plus exactement, les deux formes, hallucinatoire et raisonnante, ne sont pas incompatibles mais peuvent au contraire coexister chez le même sujet. Tant il est vrai que dans le domaine pathologique comme en histoire naturelle, ce vieil adage est toujours l'expression de la réalité : *Natura non facit saltus*.

D[r] Paul SOLLIER. — **Psychopathies gastriques.**

On sait l'influence qu'ont les émotions morales sur les phénomènes de la digestion, et combien les états psychopathiques s'accompagnent fréquemment de troubles digestifs et de la nutrition générale. Mais il est des cas où le trouble digestif occupe toute la scène, et constitue l'axe autour duquel gravite tout l'état psychopathique. On peut grouper ces troubles sous la rubrique générale de *Troubles psychopathiques de la digestion*, qui peuvent affecter tous les actes de la digestion, mastication, déglutition, digestion gastrique et intestinale, défécation. Parmi eux les troubles gastriques tiennent une place considérable et ont une importance prépondérante. On peut en considérer deux groupes : dans le premier se rangent les cas où l'appétit est troublé primitivement : telles sont l'anorexie mentale que j'ai décrite l'an dernier au Congrès de Bordeaux, la boulimie et les perversions de l'appétit ; dans le second se placent les cas où c'est la digestion gastrique elle-même qui est troublée, telle que atonie et dilatation gastriques, rumination, vomissement.

A tous ces faits, on peut appliquer la dénomination de *Psychopathies gastriques*, et aux malades qui en sont atteints celle de *faux dyspeptiques*, comme on a décrit les faux urinaires.

La nouvelle forme de troubles psychopathiques de la digestion que je me propose de décrire aujourd'hui est constituée essentiellement par une appréhension maladive, irraisonnée, exagérée de la digestion gastrique. On l'observe surtout chez des femmes. Cette appréhension porte soit sur l'ingestion des aliments dans l'estomac où ils vont déterminer de la douleur, du gonflement, de la pesanteur et entraîner secondairement des étouffements qui pourraient même l'emporter, au dire du malade, soit sur la digestion proprement dite dont les phénomènes ne pourront pas se produire sans provoquer des dé-

sordres généraux, de la congestion cérébrale, des syncopes peut-être mortelles. Le plus souvent ces deux appréhensions se combinent en se succédant et si le sujet a échappé aux conséquences de l'ingestion des aliments il n'échappera sûrement pas à celles de leur digestion.

Le début de cette affection — qui survient toujours chez des névropathes, — se montre le plus souvent à l'occasion de malaises accidentels du côté de l'appareil digestif ou d'une simple maladie ou même de circonstances banales empêchant le sujet de s'alimenter normalement pendant quelque temps. Quoi qu'il en soit, la malade perd très rapidement l'habitude de manger d'une façon suffisante ou régulière. Tantôt il y a inappétence, mais sans répulsion, et alors les malades restreignent leur alimentation parce qu'ils n'ont pas faim, et que manger dans ces conditions provoquerait les pires désordres ; chez d'autres il y a par moments inappétence complète, et parfois au contraire boulimie; fringales ; ou bien il y a de l'appréhension pour certains aliments réputés indigestes ou reconnus indigestes par la malade, et bientôt la crainte s'étend à tous les aliments.

Restreinte sous tous rapports, l'alimentation ne tarde pas à être insuffisante comme ration d'entretien et le sujet maigrit. Il souffre alors de l'estomac qui lui paraît lourd, plein, et qui est en effet quelquefois atone et un peu dilaté et ballonné. S'il essaie de manger un peu, ces sensations s'exagèrent. Ce dont il se plaint surtout c'est d'étouffer, et pour éviter une sensation d'étouffement, qui s'accompagne quelquefois de palpitations et d'anxiété précordiale la malade mange de moins en moins, choisissant des aliments spéciaux, s'ingéniant à varier les heures de ses repas, restant sur sa faim si elle a encore de l'appétit, résistant à ses fringales si elle en a.

Il est tout à fait digne de remarque que les malades se plaignent que tout ce qui se passe dans leur estomac ou leurs intestins corresponde dans leur tête, où elles ont en effet fréquemment de la douleur à la nuque et au niveau du lambda.

Après avoir essayé de tous les régimes pour pouvoir manger

et digérer convenablement, après avoir pris toutes sortes de précautions pour choisir leurs aliments et préparer leur digestion, elles ont mille petits procédés pour digérer sans danger. Elles mangent de plus en plus lentement, boivent à toutes petites gorgées. Au bout d'un certain temps elles ne savent plus ni mastiquer, ni déglutir. Elles tournent infiniment le bol alimentaire dans leur bouche, et ne savent plus le faire pénétrer par des mouvements de langue dans le pharynx. Elles disent elles-mêmes quelquefois : « Comment faut-il faire pour avaler ; je ne sais plus », ou bien une fois remises à l'alimentation normale : « Tiens, je croyais que c'était plus difficile que cela de manger. » Une de mes malades s'était privée pendant près de 20 ans de fruits qu'elle adorait, dans la crainte qu'ils ne lui fissent mal.

Elles cherchent donc de plus en plus des aliments faciles à ingérer. Aussi dès les premiers jours qu'elles sont à un nouveau régime, elles s'alimentent mieux, rengraissent, reprennent des forces. Mais l'effet favorable ne tarde pas à se calmer et le régime nouveau provoque bientôt les mêmes appréhensions et les mêmes troubles (étouffements, congestion de la face, palpitations, etc.) que lorsque le régime était beaucoup plus substantiel.

Les préoccupations morbides de la malade ne font donc que se renforcer. Elle ne songe plus qu'à ce qu'elle pourrait faire pour digérer sans gêne, sans danger. Les unes essaient de l'exercice après les repas ; d'autres au contraire se confinent dans l'immobilité. Le moindre mouvement finit bientôt par troubler leur digestion ; la lumière trop vive, le bruit les fatiguent. Il leur faut le calme, le silence, l'immobilité pour digérer ; d'autres fois ce n'est qu'à l'aide d'applications froides ou chaudes, ou de diverses drogues stimulantes qu'elles arrivent à combattre ou à éviter les terribles accidents dont elles sont menacées. Elles n'osent plus sortir, rétrécissent de plus en plus le champ de leur activité, de peur d'apporter une entrave à leur digestion. Tout dans leur existence gravite autour de ce phénomène.

L'entourage ne contribue pas peu à augmenter cet état constant de préoccupations : on redouble de précautions autour de la malade, on s'ingénie à lui apporter des soulagements qu'elle oublie de demander, à prendre des mesures pour lui éviter des accidents qu'elle ne prévoit pas encore ; on s'enquiert à tout instant de ce qu'elle éprouve, on s'effraie de ce qu'elle pourrait ressentir ; on s'effraie des moindres changements qui surviennent dans la coloration de son visage, dans son pouls ou sa respiration ; on la couve des yeux de telle sorte que s'il lui arrive d'oublier son appréhension, de négliger ses minutieuses précautions, tout le monde se charge de les lui rappeler et d'entretenir ainsi en l'aggravant son état mental.

Cet état mental est donc essentiellement constitué par l'appréhension des conséquences produites par l'ingestion et la digestion des aliments et secondairement par le rétrécissement du champ de l'activité physique, intellectuelle et morale, volontaire d'abord, inconscient ensuite.

Contrairement à ce qui existe dans l'anorexie hystérique il n'y a pas de refus d'alimentation. Souvent même les malades voudraient manger mais la peur les retient. Et c'est cette crainte même qui provoque des troubles quand il leur arrive de passer outre pour une raison ou une autre, par le même mécanisme qu'une émotion entrave la digestion. Ces troubles consistent alors en congestion de la face, palpitations, refroidissement des extrémités quelquefois, dilatation aiguë de l'estomac, par atonie.

On constate aussi des troubles de la sensibilité de la paroi correspondant à l'estomac, troubles légers, appréciables surtout par comparaison avec les parties avoisinantes et consistant soit en diminution de la sensibilité à la douleur quand il y a perte de l'appétit, soit en hypéresthésie légère avec plaques d'anesthésie quand il y a des alternatives d'inappétence et de boulimie.

Le sommeil n'est guère modifié en général.

A la longue tous les actes de la digestion sont modifiés. L'appréhension d'abord : les mouvements sont beaucoup plus lents

pour porter les aliments à la bouche, la malade coupe et recoupe les morceaux avant de les absorber. Puis la mastication est extrêmement lente et le bol alimentaire est rejeté d'un côté à l'autre de la bouche, sans parvenir à pénétrer dans le pharynx. C'est que le sujet ne sait plus, a oublié les mouvements de la langue, nécessaires pour la déglutition. Celle-ci est difficile ; le sujet fait un effort comme si le bol alimentaire ne pouvait se frayer son chemin. A force de ne plus manger, l'habitude des mouvements nécessaires à cet acte qui doit être en quelque sorte reflexe, est perdue, et les malades ne savent plus manger comme des abasiques ne savent plus marcher.

Tout comme les organes soumis à l'action de la volonté l'estomac perd l'habitude de se contracter suffisamment et en temps voulu, et quelquefois même dans le sens normal. C'est alors qu'on voit survenir de la rumination et quelquefois même des vomissements, chose d'ailleurs exceptionnelle dans ces formes.

Le pronostic n'est pas très mauvais. Quoique cet état puisse persister pendant de longues années, l'état général tout en étant assez précaire n'arrive jamais à l'état de délabrement où on le voit tomber dans l'anorexie mentale. C'est plutôt une infirmité qu'une maladie chronique compromettant la vie des malades. C'est un état analogue à celui où sont plongés tous les obsédés qui finissent par organiser toute leur existence pour calmer leur idée fixe. Il y a du reste dans leur état des hauts et des bas continuels et tel aliment, qu'ils croyaient ne pas pouvoir digérer hier, devient digestible demain, et réciproquement, à l'occasion de n'importe quelle circonstance fortuite.

Ces malades sont constamment l'objet d'erreur de diagnostic qui leur sont très préjudiciables, car tous les régimes, tous les traitements qu'on leur impose ne font que renforcer leurs appréhensions en les justifiant. On les prend pour des dilatés, pour des dyspeptiques, des gastralgiques, des anorexiques hystériques. Les traitements employés pour combattre ces affections ont, en outre de l'inconvénient de n'y rien faire, celui d'aggraver l'état psychopathique et consécutivement celui du

tube digestif. J'ai vu, par exemple, une malade ainsi traitée : mise au régime lacté, dont l'état saburral des voies digestives persistant disparut dès que je la remis à l'alimentation normale. Le diagnostic repose sur l'examen de cette appréhension, de cette préoccupation constante non du choix des aliments, mais des conséquences que la nourriture doit avoir non seulement au point de vue des douleurs, des étouffements, mais même au point de vue de l'existence elle-même, appréhension qui ne se rencontre jamais dans des troubles gastriques organiques ; il s'appuiera encore sur cette relation que le sujet établit entre les troubles digestifs qu'il éprouve et les douleurs, les congestions qu'il dit ressentir dans le cerveau, sur les troubles de sensibilité occupant la région gastrique et quelquefois l'abdomen. Mais ce qui domine réellement toutes les considérations c'est l'association intime des troubles digestifs et de l'état mental.

Le traitement dérive du mécanisme par lequel se développe la maladie : à l'occasion d'un trouble quelconque survenu accidentellement dans la digestion, apparaît une appréhension anormale, disproportionnée avec la cause, de manger telle quantité ou telle espèce d'aliments. Cette appréhension entraîne un état émotionnel qui empêche en effet la digestion de s'accomplir normalement, et les troubles qui surgissent alors ne font que confirmer la malade dans son état d'appréhension. A force de se restreindre pour manger, elle finit par perdre l'*habitude* de manger, par ne plus savoir manger, et l'estomac ne répond plus à l'excitation provoquée par les aliments. Si l'on ajoute à cela l'influence produite par l'entourage, les règles du traitement s'imposent.

Il faut d'abord soustraire le malade au milieu lorsque l'entourage exagère les tendances morbides au lieu de les combattre. Ensuite il faut faire reprendre au malade l'habitude de manger. Inconsciemment, le sujet sait fort bien que rien d'aussi grave qu'il dit ne résultera pour lui de l'ingestion des aliments. Il est donc facile de lui faire d'emblée accepter une alimentation quelconque et suffisante. C'est le meilleur moyen de combattre

son appréhension car aucun trouble ne survient dans ce cas, et du premier coup sa conviction est singulièrement ébranlée. Le médecin lui-même doit administrer les repas, et rester auprès du malade de façon à lui donner toute sécurité sur les conséquences de son alimentation, et lui démontrer en même temps son erreur, le forcer à supprimer toutes les combinaisons plus ou moins bizarres qu'il emploie pour arriver soit disant à digérer convenablement.

Il faut donc supprimer de suite tout régime spécial, tout médicament et faire fonctionner normalement le tube digestif.

Les troubles de sensibilité disparaissent vite; la constipation cesse sans le secours de laxatifs; il se produit quelques brûlures, quelques crampes à l'estomac, qui passent vite. Ce qui persiste le plus longtemps c'est une sensation d'étouffement à l'estomac. Le poids augmente très rapidement d'abord, puis les malades n'augmentent plus guère que de une à deux livres par semaine.

La surveillance pour le taux de l'alimentation ne doit pas se ralentir jusqu'à ce que le malade n'éprouve plus du tout d'étouffements, car les rechutes surviennent avec une grande facilité, et à la moindre occasion qui les force à suspendre quelques jours leur alimentation ordinaire, ils reperdent facilement l'habitude de manger. La durée nécessaire pour arriver à ce résultat est de deux à trois mois au plus.

MM. SPILLMANN et G. ETIENNE.— **Pseudo - paralysie générale consécutive à l'intoxication aiguë par les vapeurs d'huile d'aniline.**

Le nommé Dup entre pour la première fois à la clinique médicale le 21 septembre 1895.

Parmi les antécédents héréditaires, nous ne trouvons à signaler que la diathèse goutteuse ou rhumatismale chez le père. Il a un enfant âgé de 7 ans, bien constitué, parfaitement bien portant.

Le malade a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais

fait aucune maladie. Il nie énergiquement toute infection syphilitique ; on n'en trouve d'ailleurs aucune trace.

Pas d'alcoolisme.

Au point de vue intellectuel, c'est un garçon très intelligent, instruit, n'ayant jamais présenté aucune bizarrerie.

Employé chez un droguiste de Nancy, il fut chargé, en juin 1892, d'aller à Bar-le-Buc, prendre livraison d'un lot d'huile d'aniline acheté dans une teinturerie de coton en liquidation.

N'ayant pas à sa disposition le syphon nécessaire, il procéda en puisant avec des seaux et des poches l'huile renfermée dans de grandes cuves cimentées, pour la transvaser dans des tonneaux ou des bonbonnes devant servir au transport. Ce travail se fit sous une sorte de hangar assez petit, clos de toute part, et dura quatre ou cinq heures. Au bout de ce temps, l'air de l'étroit local où il était enfermé était saturé de vapeurs d'aniline.

Deux camionneurs l'aidaient, occupés au transport des récipients du hangar jusqu'aux voitures.

Aucun ne fut immédiatement incommodé ; mais, aussitôt revenu à l'air libre, Dup tomba comme une masse et resta sans connaissance de 5 heures du soir jusqu'à minuit. A 6 heures, le Dr Fistié, prévenu, trouva le malade pâle, sans connaissance, la peau froide et visqueuse ; le pouls était ralenti et très faible, les pupilles dilatées ; état véritablement agonique. Mais ce qui frappa surtout le Dr Fistié, qui veut bien nous communiquer une partie de ces renseignements, ce fut le trismus et l'état de spasmes tétaniques du tronc et des membres inférieurs, tellement marqués, que le malade était raide, tout d'une pièce, lorsqu'on le descendit de voiture.

Il existait, en outre, une coloration cyanotique intense des lèvres et des ongles, tranchant avec la pâleur générale de la peau.

Cet état extrêmement grave persista pendant plusieurs heures ; enfin, sous l'influence d'injections d'éther répétées, de frictions stimulantes, d'applications de sinapismes, le ma-

lade revint peu à peu à lui ; il eut des vomissements abondants, et les symptômes alarmants disparurent progressivement.

Le lendemain matin, le malade accusait encore des douleurs vagues, généralisées, et surtout une grande faiblesse dans les jambes qui le supportaient à peine ; il put cependant rentrer à Nancy.

Les deux autres ouvriers, qui séjournèrent dans le hangar beaucoup moins longtemps et d'une façon beaucoup moins continue, furent atteints, eux aussi, de vomissements, de quelque raideur dans les membres, et surtout présentèrent une coloration bleue intense des lèvres et des ongles.

Quant à notre malade, à son réveil, il était totalement égaré : le lendemain matin, il avait sa connaissance, mais l'esprit était resté très troublé ; il était hagard, et devait s'appuyer aux murs pour marcher.

Pendant une quinzaine de jours, le teint resta verdâtre, « les urines étant noires comme de l'encre », nous dit sa femme.

Dès ce moment, un changement complet s'opéra dans l'état intellectuel et moral du malade ; son caractère, jusqu'alors très gai, devint morose, triste, sauvage.

Cet état continua en s'accentuant légèrement ; le caractère devint plus bizarre encore, et en juin 1893, sans aucune cause apparente, le malade fut frappé d'un étourdissement avec pâleur générale, suivi d'une période de céphalée très vive.

En juin 1894, nouvelle attaque, avec hémiplégie partielle gauche, sans perte totale de connaissance ; cet état dura une demi-heure, et fut suivie d'une crise de céphalée intense.

Les troubles de caractère augmentèrent encore ; il devint plus sombre, regardant toujours dans le vide ; il devint aussi brutal. La parole devint hésitante, difficile.

M. le professeur Rohmer, consulté, porta le diagnostic de paralysie générale au début, et supposant dans les antécédents la possibilité d'une syphilis, il pratiqua des injections mercurielles et prescrivit de l'iodure de potassium.

En mars 1895, le malade ne put plus fixer son attention, il commit des erreurs dans le service dont il était chargé et se vit forcé de quitter sa place. De plus il était devenu très dépensier.

En juillet, étant sur le tramway, il fut pris subitement d'une nouvelle attaque incomplète, avec paralysie des membres supérieurs et inférieurs, très prédominante du côté gauche.

Enfin, le 21 septembre, une crise nouvelle, plus grave, le fait amener pour la première fois à l'hôpital civil.

A ce moment il n'a aucune notion, ni de ce qui lui est arrivé, ni du lieu où il se trouve ; le regard est hagard, mais pas de coma ; il comprend ce que l'on dit, mais répond en bafouillant, en traînant, en chantant. — Hémiplégie gauche très marquée. Crises de vomissements, céphalée extrêmement intense ; le malade crie, gesticule, se découvre complètement, au point qu'on est forcé de mettre une cage autour de son lit.

Quand on examine le malade, on constate la présence de tremblement des mains, de la langue, des lèvres ; mouvements fibrillaires de la face ; pas d'exagération des réflexes, pas de mouvements ataxiques ; pas d'inégalité des pupilles. Sensibilité normale.

En dehors du système nerveux, tous les autres appareils sont sains. Les urines sont normales.

Cet état dure pendant quatre jours, puis les phénomènes d'excitation et de paralysie diminuent, et le malade peut se lever le neuvième jour après le début de la crise ; il est devenu très tranquille, s'occupant très docilement à plier des draps, etc. Mais lorsqu'on le laisse aller chez lui, il devient très brutal, est pris de véritables crises génitales, aboutissant le plus souvent à un effort impuissant.

Cependant, le 15 janvier, on lui laisse quitter le service.

L'état reste relativement satisfaisant jusqu'aux premiers jours de mars ; mais le 6 mars, le malade est atteint d'un nouvel ictus incomplet, caractérisé par des vertiges et une chute. Amélioration rapide de cet état critique, mais à partir de ce moment, les bizarreries de caractère s'accentuent encore.

Le 19 juin, nouvel ictus, avec céphalée excessive, vertiges, chute, état d'absence et vomissements.

Le 20, amélioration. Mais pendant les jours suivants, le malade reste dans un état de dépression intellectuelle marquée, ne comprenant aucune question, répondant à tort et à travers, ne pouvant à un certain moment prononcer un seul mot.

Cet état alterne avec des périodes d'excitation, pendant lesquelles il parle continuellement, avec volubilité, sans suite.

De plus le malade a des idées dangereuses ; un jour, il prend la main de sa femme, la tordant dans tous les sens « pour en faire sortir du sang plein une cuvette », disait-il.

Le lendemain, il prend un grand couteau et s'amuse à poursuivre sa femme en faisant le geste de lui ouvrir le ventre, « pour rire ».

A ce moment, nous imposons l'entrée en observation à l'hôpital (29 juin). Tremblement des mains, des lèvres, de la langue, plus marqué ; pas d'inégalité des pupilles ; pas de modification des réflexes. — Mégalomanie relative, le malade disant souvent qu'il est beau garçon. Dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, l'état moral et intellectuel s'améliore considérablement ; la mémoire reparaît partiellement ; il se rappelle des dates précises ; il répète parfois sans aucune erreur la phrase classique de Charcot. Il peut faire la multiplication suivante :

```
  6372
    73
------
 19116
44604
------
465156
```

mais très difficilement, car après la multiplication du premier chiffre, il ne sait plus s'il faut déjà additionner avant de multiplier par le deuxième.

Il est devenu très docile, très doux ; mais malgré cette douceur apparente, dès qu'on laisse son enfant avec lui, il se met à le frapper.

28 juillet, même état. Notons cependant qu'il n'y a en ce moment aucun tremblement.

Dans cette observation, quelques points s'écartent de l'évolution habituelle de la paralysie générale. D'abord la lenteur relative de son évolution, peu avancée quoique remontant déjà à quatre ans; la mémoire est assez bien conservée, les pupilles sont égales. Aussi acceptons-nous, *au moins provisoirement*, le diagnostic de pseudo-paralysie générale.

Mais le point intéressant ici, c'est l'étiologie qui paraît pouvoir être logiquement attribué à ce cas un peu spécial.

En effet, chez ce fils d'un arthritique goutteux, chez lequel la syphilis semble bien manquer, dont toute la vie morale et intellectuelle était absolument normale, nous voyons les premiers troubles psychiques succéder avec évidence à une intoxication aiguë par les vapeurs d'huile d'aniline. Cette intoxication répond bien à la description des quelques cas observés déjà par Hoffmann (1) Knaggs et Morel Mackensie (2). Letheby (3), Chevalier (4), Jules Bergeron (5), Dehio (6) et aux expériences de Poincarré (7) et de Schuchard (8). Ajoutons que si la cyanose fut incontestable au début, elle explique difficilement le teint verdâtre des téguments qui persista pendant une quinzaine de jours, et qui fut peut-être due à une transformation partielle dans le corps de l'huile d'aniline en matière colorante, comme le pensent Dehio, Turnbull et Dragendorf. Il est bon de retenir aussi la coloration noirâtre des urines.

Quant aux accidents nerveux postérieurs, J. Bergeron a bien vu la courbature, l'hébétude, persister après la cessation de l'empoisonnement aigu; mais dans aucune observation,

(1) Hoffmann. — *Handworterbuch der Chemie.*
(2) Morel Mackensie. — *Médic. Times and Gazette*, 1872, T. I.
(3) Letheby. — *Brit. méd. journ.*, 1863, V. 3.
(4) Chevalier. — De la benzine, de la nitrobenzine et de l'aniline. *Ann. d'hyg.*, 1865.
(5) J. Bergeron. — Mémoire sur la fabrication et l'emploi des couleurs d'aniline. *Ac. méd.* 1865, T. XX.
(6) Dehio. — Empoisonnement par l'aniline. *Berlin, Klin. Wochens.* 1888.
(7) Poincarré. — Recherches expérimentales sur les couleurs d'aniline. *Ann. d'hyg. publ.*, 1885.
(8) Schuchard. — *Wirchows Arch.*, T. XX.

nous ne retrouvons une durée semblable à celle de notre cas, ni surtout un type clinique aussi bien défini. Et cependant, il existe entre le début des accidents psychiques et l'intoxication une telle concordance de temps, qu'on ne peut se défendre de leur attribuer un rapport de cause à effet.

Il est d'ailleurs bien logique d'admettre que des troubles vasomoteurs aussi prononcés que ceux observés chez notre malade, ont pu singulièrement favoriser certaines prédispositions (1).

Dr ETIENNE. — **Monoplégie faciale et déviation conjuguée de la face et des yeux d'origine capsulaire.**

Observations. — Le nommé Metz..., âgé de soixante-dix-huit ans, entre le 8 mai 1895 à la clinique médicale de M. le professeur Spillmann.

Ce malade, dont le père est mort d'une attaque à soixante-dix-huit ans, a eu jadis la fièvre typhoïde et avoue des habitudes d'éthylisme. Depuis quelque temps, il éprouvait des vertiges, à diverses reprises.

Le 7 mai, il se couche parfaitement bien portant; le 8 il se lève comme d'habitude, ne ressentant aucun malaise. A 8 heures du matin, subitement, sans avoir éprouvé préalablement ni bourdonnements d'oreille ni céphalée, il sent ses jambes fléchir sous lui et tombe à terre, sans perdre connaissance ; il reste ainsi étendu pendant cinq minutes, puis peut se relever lui-même sans aucun aide ; mais il s'aperçoit d'un grand embarras de la parole.

A 11 heures, sans le secours de personne, il arrive à la consultation externe annexée à la clinique, et nous constatons l'existence d'une monoplégie faciale gauche. La commissure labiale gauche est manifestement abaissée par rapport à la commissure droite ; la joue est flasque, « le malade fume sa pipe ». Ptosis entraînant l'occlusion complète de l'œil gauche, et un très léger affaissement de la paupière droite. Si on sou-

(1) Le malade faisant l'objet de cette observation est tombé subitement dans le coma, le 21 novembre 1896 et a succombé le 23. L'autopsie qui a révélé l'existenee de méningo-encéphalite fera l'objet d'une communication ultérieure.

lève les paupières, on voit les globes oculaires déviés synergiquement vers la droite, le malade dans l'impossibilité de les faire tourner vers la gauche sans tourner en même temps la tête; larmoiement. La tête, également, est déviée, la face regardant vers la droite ; elle ne peut être volontairement ramenée sur la ligne médiane, et si on la place en position normale, elle revient immédiatement à sa position primitive. Langue déviée à gauche ; affaissement de la narine gauche dont l'orifice paraît rétréci.

Paralysie relative de l'orbiculaire des lèvres, le malade ne pouvant siffler ni souffler.

Le facial supérieur est totalement indemne.

Il y a de l'embarras de la parole, de la dysarthrie, mais pas trace d'aphasie ; pas de cécité verbale, pas de surdité verbale, aucune trace d'amnésie. D'ailleurs, l'état intellectuel est parfait; en particulier, pas de tristesse, pas de facies pleurnichard.

Exagération de la finesse de l'ouïe du côté gauche ; lorsqu'on place une montre près de l'oreille gauche du malade, il déclare entendre une horloge ; le tic-tac est normalement entendu à droite.

La motilité est bien conservée dans tous les membres ; tous les mouvements sont possibles, malgré une diminution relative des forces au dynamomètre.

Aucun trouble des sensibilités.

Les bruits du cœur sont tumultueux, le pouls un peu irrégulier ; petite quantité d'albumine dans l'urine.

Cet état se prolonge jusqu'au 11 mai (trois jours), l'état général restant bon ; cependant, dès le 9, quelques troubles de la déglutition. A cette date, très rapidement, la respiration revêt le type de Cheyne-Stokes. La tête est dans la position médiane ; parésie légère du membre supérieur gauche.

Le 13 mai, coma ; le malade meurt le 14.

*
* *

Quelques jours après l'entrée du malade au service, nous montrions aux élèves, dans une leçon clinique, les difficultés d'interprétation de ce cas, établissant qu'il s'agissait d'une lésion encéphalique. Quant à la localisation, en faveur d'une lésion corticale nous avions la circonscription des symptômes ;

mais contre cette hypothèse, nous avions la soudaineté de l'ictus, peu compatible avec l'existence d'une thrombose et l'absence de toute cause appréciable d'embolie ; puis, et surtout, si l'on admet le rapport entre la déviation conjuguée et les lésions du pli courbe, l'impossibilité d'accepter ou bien une lésion unique intéressant les centres faciaux et le pli courbe en laissant de côté les centres de la cécité verbale et de la surdité verbale, ou bien deux lésions isolées s'étant produites avec une rigoureuse simultanéité.

Une lésion sous-corticale était improbable, en raison surtout de l'absence de tout phénomène d'aphasie et de pseudo-paralysie labio-glosso-laryngée.

Restait l'hypothèse d'une lésion capsulaire très limitée vers le faisceau géniculé et nous penchions vers cette localisation, nous souvenant de l'observation antérieurement rapportée ici par M. P. Parisot (1) ; mais nous avouons que l'aggravation subite de la situation, l'apparition du coma, nous avaient paru enlever beaucoup de chances à cette localisation, au sujet de laquelle d'ailleurs, nous avions toujours fait, naturellement, les plus formelles réserves.

A l'autopsie, pratiquée très rapidement après la mort, nous avons constaté, au cerveau, l'existence d'un ancien petit foyer de ramollissement jaune, siégeant sur la deuxième circonvolution frontale droite, vers son cap, au niveau de la ligne verticale n° 30 de Déjerine.

Les phénomènes observés ne pouvant s'expliquer par là, le cerveau fut placé dans une solution de formol, puis coupé lorsqu'il fut arrivé au degré de durcissement convenable.

La planche (*fig.* 1) rend compte des lésions constatées au niveau de la capsule blanche interne beaucoup mieux que ne pourrait le faire toute description. L'hémorragie avait dilacéré toute la substance cérébrale entre la face interne du noyau lenticulaire et le bord externe de la capsule interne, totalement respectée à partir du faisceau géniculé ; mais, un

(1) Pierre Parisot. — Monoplégie faciale par lésion limitée de la capsule blanche interne. *Rev. Méd. de l'Est*, 1893.

peu en avant de ce faisceau, la portion antérieure de la capsule interne est complètement détruite.

En hauteur, nous trouvons la dilacération hémorragique encore très appréciable, d'une part au niveau de la coupe passant par le genou du corps calleux, et en haut, au niveau de la coupe rasant le bord supérieur du corps calleux; elle vient mourir dans le centre ovale, à peu près vers la coupe de Vieussens.

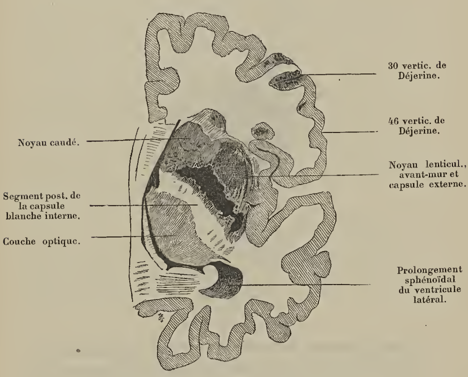


Fig. 1. — COUPE HORIZONTALE AU NIVEAU DE LA PARTIE MOYENNE DE LA COUCHE OPTIQUE. (Vers le nº 50 de Déjerine).

Cette lesion ne coïncide pas, comme localisation, avec celle qu'a rencontrée M. Parisot, consistant dans un très fin tractus cicatriciel pigmenté, vestige d'un ancien foyer hémorragique, traversant le segment postérieur de la capsule interne à 4 millim. 1/2 du genou de la capsule, c'est-à-dire

aux points d'intersection des segments antérieur et postérieur de cette capsule.

Comme contribution à la pathologie de cette même région du genou de la capsule blanche interne, nous joignons une figure (*fig.* 2) représentant exactement la lésion cicatricielle

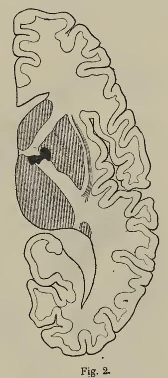


Fig. 2.

trouvée à l'autopsie d'un vieillard mort d'accidents urémiques, à l'âge de soixante-dix ans, chez lequel n'existait, lorsque nous l'avons observé, aucune trace de paralysie faciale et dans l'histoire duquel ne figurait aucune attaque. Cette lésion siège exactement à la région toute postérieure du genou, et était certainement consécutive à une petite hémorragie vers l'angle du noyau lenticulaire.

* * *

Dans les travaux anciens, nous devons à M. le professeur Pitres la connaissance des deux faits suivants :

I. *Autopsie du cerveau de Dupuytren, rapportée par Cruveilhier* (1). — Le grand chirurgien avait été pris au commencement de 1834, pendant qu'il faisait son cours, d'une hémiplégie faciale gauche, avec éblouissement, sans perte de connaissance. Il s'aperçut de cet ictus et eut le courage de terminer son cours en suppléant à la motilité faciale par l'appui de sa main. Il succomba quelques mois après, et Cruveilhier trouva dans le cerveau plusieurs lésions, « dont un petit foyer rempli de cellulosités brunâtres dans l'épaisseur de la substance grise du corps strié droit, au niveau de la partie moyenne de la couche optique » ; cette lésion pourrait bien avoir atteint la capsule interne.

II. Duplay (2) rapporte une observation dans laquelle pour expliquer une paralysie faciale gauche datant de vingt mois, on ne trouva qu'un petit foyer hémorragique du volume d'un pois, siégeant dans la partie moyenne du corps strié, l'écorce étant saine. Mais à cette époque, on ne distinguait pas les noyaux intra-ventriculaires ; il est possible que le siège du foyer fut en plein tractus blanc.

Quoi qu'il en soit, ces dernières observations sont trop peu précises pour servir à déterminer le point de passage capsulaire du faisceau du facial. Et si nous comparons notre observation à l'observation très nette de M. Pierre Parisot, la seule conclusion que nous puissions tirer est que ce point de passage n'est pas identique chez tous les sujets.

M. Seeligmann dit avoir également observé, dans le service de M. Bernheim, un malade dont la paralysie faciale reconnaissait pour cause une lésion de la capsule interne.

M. HAUSHALTER présente les crânes et les cerveaux de plusieurs hydrocéphales remarquables par leurs grandes dimen-

(1) — Cruveilhier. — *Anatomie pathologique du corps humain.* — Maladies du cerveau.

(2) Duplay. — « De la paralysie faciale produite par une hémorragie cérébrale » ; Obs. n° 1. *Union médicale*, 1854, pp. 408 et 409.

sions : l'ouverture d'un de ces crânes donna issue à 6 litres de liquide.

Ces pièces, préparées avec le plus grand soin, sont accompagnées de photographies très démonstratives.

Dr Pierre PARISOT. — **De quelques troubles psychiques et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile.**

Messieurs,

Je désirerais attirer votre attention sur certains troubles psychiques et sur certains actes qui se produisent parfois au cours de la démence sénile et ne méritent pas, selon moi, de rentrer dans le cadre de ces délires vésaniques si souvent surajoutés à la démence.

Il s'agit d'un délire spécial, indépendant de toute folie, qui naît et se développe sous l'influence d'une véritable suggestion, spontanée ou provoquée, en dehors bien entendu de tout état hypnotique.

Il y a six ans que j'ai eu pour la première fois l'occasion d'étudier, dans mon service hospitalier et devant les élèves qui suivaient ma clinique, ces manifestations délirantes, et d'en rechercher l'interprétation chez trois vieillards atteints de démence ; je puiserai dans ces observations les éléments de cette étude.

Mes trois malades étaient atteints de démence sénile simple ; l'amnésie des faits récents avec conservation des souvenirs de date ancienne dominaient la symptomatologie, c'est assez dire que toute nouvelle acquisition cérébrale était devenue impossible, le jugement, la réflexion, la volonté étaient amoindris, les sentiments affectifs fortement atténués, enfin les sens eux-mêmes n'avaient plus leur finesse normale sans aller cependant jusqu'à l'obtusion complète. La vie cérébrale s'éteignait ainsi doucement chez eux sans épisode digne de

remarque, jusqu'au jour où se présentèrent les troubles délirants, les actes anormaux que je me propose de vous décrire et dont je vais rechercher l'interprétation.

L'un de ces déments, âgé de 76 ans, fit dans l'armée un congé comme lancier, puis quitta la lance pour la hallebarde et devint suisse de cathédrale. Il avait conservé, de ces deux étapes de son existence, des souvenirs d'autant plus vivaces peut-être que cerveau était devenu incapable d'en acquérir de nouveaux. Un matin, avant l'heure du déjeuner, je l'aperçois debout, silencieux, les bras ballants au pied de son lit, et je suis frappé de cette attitude qui rappelle celle du soldat dans la chambrée au moment de l'inspection passée par l'officier. Je l'interpelle en lui demandant ce qu'il fait. Aussitôt il rectifie sa position comme un soldat devant son chef et me répond : « On va sonner la soupe. » Je comprends alors que je ne me trouve plus en présence du malheureux vieillard hospitalisé, mais du jeune lancier dans sa caserne, et je continue en lui disant : « Aurez-vous bientôt fini votre service ? – Ça se tire, me réplique-t-il dans le langage du troupier, je suis de la classe. — Mais quel âge avez vous donc ? — Je suis de 1814 », me répond-il, à la manière de certains déments, oubliant leur âge actuel, mais conservant le souvenir précis de la date de leur naissance qu'ils ont eu tant de fois l'occasion de répéter dans le cours de leur vie. « Quels sont donc, continuai-je, ces hommes couchés dans ces lits autour de vous ? — Ce sont des camarades. — Pourquoi sont-ils couchés ? — Nous sommes à l'infirmerie du régiment. »

Un autre jour à l'heure où ce vieillard était occupé à donner avec ses compagnons des soins de propreté au dortoir, je le vois interrompant son travail s'avancer majestueusement dans la salle, un grand balai à la main qu'il laisse par instant retomber sur le sol. « Que faites-vous donc, lui dis-je ? — Je conduis la mariée, réplique-t-il avec assurance. » La réponse montre suffisamment que cette fois il ne se croyait plus lancier, mais suisse de cathédrale.

Ces transformations successives étaient habituellement de

courte durée et le dément, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque impression un peu forte, reprenait conscience de son état réel.

Avant d'aller plus loin, voyons quelle est la cause de ces transformations.

Ce phénomène s'est produit avec toutes les apparences de la spontanéité, mais à un examen un peu attentif il est facile de se convaincre que les sensations fournies par le *sens musculaire* en ont été probablement la cause déterminante. En effet, l'attitude prise par le dément au pied de son lit en attendant le déjeuner, a réveillé dans les centres cérébro-spinaux une série d'associations fonctionnelles purement dynamiques, je vous l'accorde, mais dont la répétition journalière pendant son service militaire avait assuré la survivance. Cette attitude a fait ainsi revivre un état psychique antérieur et a, pourrais-je dire, suggéré au malade qu'il était soldat ; cette idée dès lors s'est imposée à son cerveau débile, meublé surtout de souvenirs anciens, les sensations du présent ont été rapportées au passé ou bien trop faibles, trop fugaces, elles n'ont pu permettre au dément de réfléchir, de juger et de revenir à une appréciation exacte de sa véritable situation.

Voici maintenant une expérience plus démonstrative encore en faveur du rôle suggestif joué par le sens musculaire.

Je place un autre dément, âgé de 77 ans, ancien charretier, sur les côtés de son lit, dans la position de l'homme qui cherche à soulever une voiture embourbée et immédiatement il crie en excitant ses chevaux : « Hue, dià, ça va démarrer,... ça y est » et pousse le lit vers le milieu de la salle.

C'est volontairement qu'ici j'avais produit par l'intermédiaire du sens musculaire une suggestion en faisant prendre au dément une attitude capable de réveiller en lui les souvenirs du passé.

Ce fait est assez probant par lui-même pour se passer de commentaires.

Le *sens de la vue* peut aussi donner lieu à certaines sensations qui réveillent une association de souvenirs qu'on aurait

cru à jamais ensevelis dans le passé. Sous son influence les sentiments d'antan renaissent avec leur vigueur juvénile, et les actes qui en sont la conséquence reproduisent des scènes de la vie passée, écho de la jeunesse à l'heure de la décrépitude.

En voici un exemple :

L..., ex-sous-officier de marine, âgé de 71 ans, atteint de démence, couchait dans un grand dortoir et n'avait jamais présenté d'agitation. A l'occasion d'une modification dans le service, il est placé dans une petite chambre qui, par ses dimensions et son ameublement, rappelle les chambres des maisons bourgeoises. Impressionné par ce nouveau milieu, il se lève pendant la nuit, ouvre les croisées, invective les personnes qui passent dans la rue, prononce des paroles injurieuses qui ne peuvent s'appliquer qu'à une femme de mauvaise conduite, et jette par la fenêtre tous les objets qui sont sous sa main.

Le lendemain il est calme. et je trouve sans peine l'explication de cette scène qu'on aurait pu regarder, à un examen superficiel, comme un accès passager de manie ; cet ancien sous-officier, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir, avait eu à Metz dans sa jeunesse des scènes de violence avec une maîtresse, et, à un demi-siècle de distance, il nous en a donné la reproduction. La vue de la petite chambre de l'hospice avait exercé sur ce dément une véritable suggestion et pour un instant l'avait transformé en amant jaloux. Replacé dans le grand dortoir, le malade est resté calme, la contre-épreuve devenait décisive.

Un autre fait du même ordre qui m'a été rapporté par la sœur du service est le suivant :

L'ancien suisse de cathédrale, à la tombée de la nuit, en voulant rentrer au dortoir, pénètre par mégarde dans la boulangerie de l'hospice, aperçoit le pétrin qui, par sa forme et ses dimensions, peut avoir quelque ressemblance avec un autel, et se met aussitôt en devoir de l'orner comme s'il se trouvait à l'église.

En résumé, certaines sensations réveillent chez le dément d'anciennes impressions qui avaient laissé, par leur répétition ou leur intensité, une trace profonde dans la cellule nerveuse et, grâce à des associations dynamiques fortement cohérentes, remettent en pleine lumière un état de conscience antérieur ; ainsi se trouve transformé l'individu psychique actuel en un autre plus jeune ; oublieux du présent, tout entier dans le passé, il sent, il pense, il agit avec un cerveau vieux mais qui ne contient plus qu'un reliquat de souvenirs contemporains de la jeunesse.

On pourrait m'objecter que je me suis trouvé en présence d'un simple phénomène d'automatisme mental. Il n'en est rien. Pour chacune de ces transformations, le dément, qu'il soit transformé en lancier ou en suisse, prend conscience de chacune de ces manières d'être, et interprète les sensations perçues dans le présent comme s'il était réellement lancier ou suisse. Ses réponses aux questions parfois embarrassantes qu'on lui pose l'indiquent suffisamment. C'est donc bien là une transformation de son être psychique actuel par réviviscence d'une ancienne personnalité avec son état concomitant de conscience ; les liens de la personnalité et de la conscience sont trop serrés pour que nous ayons lieu d'en être surpris.

Par la parole, par la suggestion à l'état de veille le médecin provoque à son gré cette transformation de la personnalité. Ainsi je m'approche un jour de l'ancien suisse dont je vous ai déjà longuement entretenus et je lui dis avec assurance : « Vous êtes le suisse de la cathédrale ! Dites-moi, je vous prie, par ou je pourrai sortir. » Aussitôt ce pauvre dément, comme conscient de la sainteté du lieu où il se trouve transporté, me répond d'une voix basse et intentionnellement contenue, en me montrant d'un geste la porte de l'infirmerie : « Suivez les bas-côtés, monsieur, et vous trouverez la sortie ».

Le dément sénile est donc suggestible, mais son champ de suggestibilité est limité, puisque son cerveau lui interdit toute acquisition nouvelle. Je n'ai jamais pu suggérer à un dément

que des actes accomplis autrefois, ou le transformer en des personnages autres que ceux dont il avait tenu jadis le rôle.

La suggestibilité du dément pour les faits passés se conçoit aisément si l'on songe que pour lui le présent aussitôt perçu est aussitôt oublié et que les souvenirs de jeunesse restés encore vivaces peuvent être facilement remis en première ligne sans que les sensations ambiantes du présent éveillent en lui l'idée de contrôle.

Chez le dément, les facultés cérébrales supérieures sont amoindries et, comme le dit fort bien M. Bernheim dans ses études nouvelles sur l'hypnotisme et la suggestion « tout ce qui diminue l'activité des facultés de raison, tout ce qui supprime ou atténue le contrôle cérébral, renforce la crédivité ».

Eh bien, l'état organique et fonctionnel du cerveau en involution sénile, réalise quelquefois ces conditions si propices à la suggestion. Mais les faits présents, m'objectera-t-on, doivent avertir le dément de son erreur. Oui, il en est ainsi s'ils arrivent à produire une impression vive ou durable, mais, comme l'observe M. Ribot à propos de la dégradation de la mémoire dans la démence, « si le fait est totalement neuf, il ne s'inscrit pas dans les centres nerveux ou est aussitôt effacé ; s'il n'est qu'une répétition d'expériences antérieures et encore vivaces, le malade rejette le fait dans le passé, les circonstances concomitantes du fait actuel s'effacent bien vite et ne permettent plus de le localiser à sa place ».

La transformation de la personnalité du dément sénile offre encore quelques particularités qui découlent de toutes ces considérations. Dans certains cas de modifications de la personnalité par amnésie du passé « il n'y a plus, selon l'expression de M. Ribot, de passé, et il y a un autre présent », inversement le vieillard dément se crée un autre présent avec le souvenir du passé. Dans la démence sénile la transformation de la personnalité ne s'effectue pas, comme chez les aliénés, en animal, en chien, en loup ; elle ne s'effectue pas davantage en

personne d'un sexe différent ou même d'une profession que le vieillard n'aurait pas exerçée autrefois ; cette modification n'a rien d'absurde comme dans les vésanies, mais elle rappelle une manière d'être passée, une modalité psychique antérieure, c'est là un de ses caractères propres.

La possibilité de ces transformations au cours de la démence sénile est subordonnée aux lésions d'involution des cellules cérébrales et le jour où le processus régressif a fait disparaître jusqu'aux souvenirs si adhérents du passé, les phénomènes psychiques dont je viens de vous entretenir ne peuvent plus se produire. Le malade tombe dans l'incohérence et le gâtisme.

Il en fut ainsi pour les vieillards qui ont fait l'objet de cette étude et dont j'ai pu suivre jusqu'à la mort les symptômes de déchéance intellectuelle.

Arrivé au terme de mon travail, je me résume dans les conclusions suivantes :

1° Des troubles psychiques indépendants de toute vésanie peuvent se produire au cours de la démence sénile.

2° Ces troubles (transformation de la personnalité, conceptions délirantes, etc.) sont dus à la réviviscence d'états psychiques antérieurs sous l'influence d'une véritable suggestion spontanée ou provoquée. Ils offrent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer du délire vésanique proprement dit.

3° Un certain degré d'involution sénile du cerveau peut réaliser les conditions d'auto-suggestibilité qui donnent lieu à ces troubles psychiques.

MM. Pierre PARISOT et A. LÉVY. — **De la toxicité urinaire au cours de la démence sénile simple ou avec manifestations vésaniques.**

Messieurs, je viens, au nom de M. Pierre Parisot et au mien, vous donner lecture de recherches entreprises à la clinique des

vieillards de l'hospice Saint-Julien de Nancy ; elles portent sur quatre vieillards atteints de démence sénile simple ou avec manifestations vésaniques surajoutées : il s'agissait d'étudier les rapports existant entre la toxicité urinaire, les troubles de la mémoire et le délire. Trente injections d'urine ont été pratiquées sur des lapins.

Dans toutes nos expériences, nous avons employé le procédé suivant : injection intra-veineuse dans l'oreille du lapin ; les urines sont celles des 24 heures ; il est souvent impossible de recueillir les urines totales : le dément oubliant les recommandations qu'on lui fait, urine ailleurs que dans son vase. Nous le faisions surveiller par des vieillards valides qui avaient soin de nous dire si les urines avaient été exactement recueillies ; dans le cas contraire nous remettions l'expérience au lendemain ; c'est ce qui explique pourquoi nous n'avons pu faire d'injections quotidiennes.

L'urine était filtrée, chauffée à 20 ou 25° et injectée jusqu'à la mort du lapin avec une vitesse moyenne de 10 cmc. par minute au moyen tantôt d'une seringue tantôt d'un entonnoir placé à une certaine hauteur et relié à l'aiguille par un tube en caoutchouc, mais l'appareil qui servait à injecter a toujours été le même pour le même malade ; aussi les résultats obtenus sont-ils comparables entre eux.

Tel est l'exposé succinct du manuel opératoire.

Nous nous sommes demandés s'il existait dans la démence sénile simple un rapport entre la toxicité urinaire et le fonds démentiel. Nous avons observé deux femmes âgées de 73 et 74 ans qui présentaient les symptômes classiques de la démence sénile sans délire ; nous n'avons relevé dans leurs antécédents héréditaires et personnels aucune tare vésanique ; l'amnésie est le symptôme le plus important que nous ayons observé chez elles. Aussi est-ce sur les variations de la mémoire que notre examen a porté d'une manière particulière. Semblable appréciation est chose délicate ; pour faciliter notre tâche, en même temps que pour rendre plus précises nos observations, nous avons composé pour chacune d'elles un questionnaire. Ce moyen

nous a permis de poser à des intervalles de quelques jours les mêmes questions et de comparer la manière dont les malades répondaient à chacun de ces interrogatoires. Les questions étaient très simples et en rapport avec le niveau intellectuel des malades. C'est ainsi qu'on leur demandait leur nom, leur âge, le mois, l'année, le jour où l'on était, la date de leur mariage, le nom des rues par lesquelles on était obligé de passer pour aller à leur domicile à Nancy, le nombre de leurs enfants, le prénom, l'âge de ces derniers, le nom du prêtre qui leur a fait faire leur première communion, le nom des Présidents de la République, etc., ces questions qui portaient sur les faits anciens et nouveaux que les malades avaient certainement connus à un moment donné de leur existence, nous ont permis de voir que l'amnésie pour les mêmes faits restait sensiblement la même à trois ou quatre jours de distance, en un mot il n'y avait pas de variations dans les troubles de la mémoire chez ces deux démentes. Au point de vue des fonctions cérébrales nous n'avons noté aucune autre perturbation.

Parallèlement à ces investigations, nous avons apprécié à plusieurs reprises la toxicité urinaire pour chacune de ces malades ; nous avons noté chez elles de grandes variations de cette toxicité, qui n'ont donc eu aucune influence sur les troubles de la mémoire, celle-là restant toujours la même comme nous venons de le dire.

L'organisme d'un dément peut donc s'intoxiquer par défaut d'élimination sans qu'on voie apparaître de modifications du fond démentiel.

Quand à la démence vient se surajouter un délire vésanique quelconque, il nous a semblé intéressant de rechercher s'il existait un rapport entre l'apparition des accès délirants et les variations de la toxicité urinaire. C'est ce qui fait le sujet de la deuxième partie de notre étude.

Deux démentes séniles furent soumises à notre observation : l'une d'elles, âgée de 82 ans, présenta à côté des symptômes démentiels des accès en général très courts de délire maniaque. Sans antécédent héréditaire elle fut d'un caractère bizarre et

montra dans toute sa vie un manque de pondération de l'intelligence. Les accès d'agitation apparurent deux ans avant son entrée à la clinique de l'hospice de Saint-Julien et se manifestèrent depuis presque périodiquement. Nous en avons suivi six qui se ressemblaient assez pour qu'il ne soit pas nécessaire de les décrire tous. Pour montrer leur succession et les rapports qui existent entre eux et les variations de la toxicité urinaire nous avons composé un tableau qui représente graphiquement les principaux épisodes de cette observation, on distingue sur ce tableau trois couleurs.

La ligne noire représente la courbe formée par la réunion des coefficients urotoxiques figurés par des cercles concentriques dont le nombre est proportionné à l'intensité des phénomènes toxiques observés chez l'animal en expérience. Ces coefficients sont placés au jour de l'émission de l'urine qui a servi à les obtenir et en regard du nombre qui correspond à leur valeur.

La ligne horizontale de couleur jaune indique les phénomènes de démence simple, restés sans modification.

La teinte rouge surajoutée à cette ligne montre par ses sinuosités l'époque d'apparition, la durée et l'intensité des six accès maniaques. Il serait fastidieux de décrire chacun de ces accès, et si vous voulez vous reporter au tableau, nous décrirons l'un d'entre eux, le quatrième par exemple :

Le 11 novembre 1895, la démente sort de son mutisme ordinaire pour nous demander des détails sur une bataille imaginaire survenue aux environs de Nancy ; elle nous parle de taches de sang. Les jours suivants elle nous parle encore de ces faits et montre un commencement d'agitation qui se dessine plus nettement le 14 dans ses réponses parfois malhonnêtes et faites avec impatience ; son visage exprime la colère, elle se plaint elle-même d'être énervée. Après cette phase prodromique apparaît l'accès proprement dit, dans la soirée du 14 au 15. Le visage est rouge, les yeux brillants, injectés ; l'insomnie est complète ; la démente parle sans cesse d'une manière incohérente : c'est un véritable bredouillement ; elle se lève à deux reprises différentes pour conduire une voiture,

puis se trouvant au milieu de la salle, elle crie tout-à-coup que le fourneau va tomber, qu'un bol vient de rouler à ses pieds ; elle réveille ses compagnes, et on est obligé de la saisir et de la recoucher. Le matin elle se lève, crie au feu ; elle a des hallucinations, voit un chien à côté de son lit, l'entend aboyer. Elle a aussi des illusions : les ombres au plafond lui paraissent être des géants. Le soir du 15 novembre, on lui donne du chloral et le 16 elle est calme, hébétée. Ce calme persiste le 17 et le 18 ; l'agitation réapparaît dans la nuit du 18. Telle est la description de l'un de ces accès.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur la courbe représentant les variations de la toxicité urinaire et si nous recherchons les rapports qui peuvent exister entre elle et les accès d'agitation maniaque, voici les conclusions auxquelles nous arrivons.

Avant tout accès maniaque, le coefficient urotoxique tombe à un minimum.

L'accès déclaré, le coefficient se relève pendant la période d'agitation, reste pendant quelques jours à un taux élevé ; puis il retombe de nouveau à un minimum précédant ainsi l'apparition d'un nouvel accès. Ce fait se reproduisait avec une telle régularité, qu'en voyant s'abaisser le coefficient, nous avons pu prévoir l'apparition des 3[e], 4[e], 5[e] et 6[e] accès.

Il y a donc un rapport bien net entre l'abaissement de la toxicité urinaire et l'apparition de ce délire. Qu'en pouvons-nous déduire? L'abaissement du coefficient urotoxique indique que la malade élimine peu de toxines par ses urines ; la rétention de ces principes dans l'organisme semble avoir une influence pathogénique très nette sur la mise en lumière des troubles délirants. L'agitation maniaque déclarée, le coefficient urotoxique se relève et pour apprécier ce relèvement, il faut tenir compte à la fois et d'une sorte de dépuration de l'organisme et d'une production plus grande de toxines sous l'influence du délire.

La réaction fournie par le lapin vient encore confirmer ce fait en montrant qu'en même temps que le coefficient urinaire

s'élève, les phénomènes toxiques se montrent avec une symptomatologie plus bruyante chez l'animal en expérience.

Nous ne nous sommes pas contentés de vérifier ces faits pendant des semaines chez une même malade; nous avons apprécié la toxicité urinaire d'une autre démente âgée de 69 ans, atteinte de délire hypocondriaque avec idées de persécution et nous avons pu voir que l'éclosion de son délire avait été précédée d'une toxicité urinaire moyenne très faible, qui s'était relevée pendant la période délirante. En effet la toxicité moyenne était de 218 avant, de 129 et 88 pendant le délire.

Ces recherches expérimentales nous permettent de poser les conclusions suivantes ;

1° Dans les cas de démence sénile simple, c'est-à-dire sans délire, que nous avons observés, la toxicité urinaire a varié dans de notables proportions sans que le fonds démentiel en ait été influencé.

2° Dans nos cas de démence sénile avec délire vésanique (maniaque ou hypocondriaque) l'apparition du délire a toujours été précédée d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui nous a permis de prévoir à plusieurs reprises la réapparition des accès délirants.

Dr BERNHEIM. — **Présentation d'une aphasique.**

M. Bernheim (de Nancy). *Deux cas de tumeurs cérébrales. Présentation d'un cas d'aphasie.*

L'auteur rapporte les observations et présente les cerveaux de deux malades atteints de tumeurs cérébrales. Il présente ensuite une aphasique, chez laquelle la parole volontaire est profondément troublée, mais où la parole automatique a persisté et qui chante, prie sans hésiter, tandis qu'elle ne trouve pas ses mots pour répondre aux questions qu'on lui pose. La lésion n'a donc pas atteint le pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

Pour démontrer la grande suggestibilité de cette malade, il la met instantanément en état d'hypnose, par simple affirmation verbale.

Dr E. RÉGIS. — **Neurasthénie et Paralysie générale.**

Dans un mémoire publié en 1882 sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie (1), j'ai montré que la question comportait deux termes : 1° la coexistence de l'hystérie avec la paralysie générale ; 2° le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de l'hystérie.

Je me suis spécialement attaché, dans ce mémoire, au premier terme de la question, celui de la coexistence des deux états pathologiques, me réservant d'aborder ultérieurement le second, celui de leur diagnostic différentiel. Les circonstances ne m'ont pas permis, depuis, de réaliser la seconde partie de cette étude, mais je reste convaincu qu'il existe, et j'en ai observé quelques exemples, des cas encore mal connus d'hystérie qui sont à la paralysie générale ce que le méningisme hystérique, par exemple, est à la méningite, c'est à dire une sorte de fausse ou pseudo-paralysie générale hystérique (2).

Ce fait que l'hystérie peut *s'associer* (3) à la paralysie générale ou la *simuler*, comme elle le fait d'ailleurs pour le tabes (4), la sclérose en plaques (5), etc., semble être vrai aussi pour les autres névroses, en particulier pour la neurasthénie. Déjà, dans ces dernières années, on a été conduit à admettre un pseudo-

(1) E. Régis. — Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie. *Gaz. méd.* de Paris, 1882.
(2) E. Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, p. 462.
(3) Babinski. — Associations hystéro-organiques (*Soc. méd. hop.* 11 nov. 1892).
(4) Vires. — L'Association hystéro-tabétique, Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 16 janv 1896.
(5) Bonne. — Hystérie à forme de sclérose en plaques. *Lyon médical*, 15 décembre 1896.

tabes neurasthénique (1) et une neurasthénie prétabétique (2), et il semble également résulter de quelques travaux français et étrangers, dont nous parlerons tout à l'heure, la possibilité pour la neurasthénie soit d'être confondue avec la paralysie générale, soit de faire partie de sa période prodromique.

Comme nous l'avons admis autrefois pour l'hystérie, nous admettrons donc deux sortes de rapports de la neurasthénie et de la paralysie générale : 1° leur *association ;* 2° leur *distinction.* A vrai dire, c'est presque toujours d'une question de diagnostic qu'il s'agit dans les deux cas, mais dans l'un, c'est d'un diagnostic de coexistence, dans l'autre d'un diagnostic de différence ; de sorte que, malgré leurs points de contact, il y a là, en réalité, deux éléments distincts d'un même problème.

I

Association de la Neurasthénie et de la Paralysie générale.

J'insisterai peu, aujourd'hui, sur ce côté du sujet, me réservant plus spécialement pour le second.

Je me bornerai à dire que l'association de la paralysie générale avec la neurasthénie peut se faire à toutes les périodes.

La période de début ou *préparalytique* se manifeste fréquemment par un état neurasthénique. Cet état neurasthénique prodromique, entrevu ou signalé par quelques auteurs (3), a été plus spécialement étudié en France par M. Ballet dans une intéressante leçon clinique (4).

Après avoir montré, par des cas typiques, la difficulté qu'il peut y avoir à pressentir la paralysie générale commençante sous l'apparence neurasthénique qui la déguise à ce moment,

(1) A. Pitres. — Du pseudo-tabes hystérique et neurasthénique. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Vol. 1, 35e leçon, 1891.
(2) Levillain. — La neurasthénie (maladie de Beard), 1891. *Essais de neurologie clinique*, états neurasthéniformes prodromiques, p. 143, 1896.
(3) Aug. Voisin. — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, Paris 1879. Mendel. — *Die progressive paralyse der Irren*, Berlin 1880.
(4) G. Ballet. — La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale. *Semaine médicale*, 22 novembre 1893.

M. Ballet énumère les signes qui lui paraissent le plus propres à distinguer la neurasthénie préparalytique de la neurasthénie simple. Ces signes, il les trouve surtout chez les neurasthéniques paralytiques, et tout en reconnaissant que ce sont là de simples nuances, dans l'absence des stigmates essentiels de la névrose, dans l'existence de douleurs névralgiques et la description imagée qu'en font les malades, dans les modifications brusques de leur état, leur facilité à se laisser influencer par les circonstances et les agents thérapeutiques, dans le caractère plus psychique que physique de leurs souffrances, etc.

Gross, d'Heidelberg, dans un article sur le diagnostic précoce de la paralysie générale (1), est revenu récemment sur cette intéressante question. Il dit qu'il est de règle que la paralysie générale débute par une période de neurasthénie et que sur 189 cas observés à la clinique mentale d'Heidelberg, 10 seulement ont présenté un début nettement aigu. En dehors des particularités signalées par M. Ballet, il indique comme signe différentiel, les modifications spéciales du caractère chez le neurasthénique paralytique, notamment l'irritabilité, les changements d'humeur, l'oubli des convenances, les dispositions vaniteuses, les spéculations inconsidérées, etc. Il avoue cependant que dans certains cas — rares il est vrai avec nos méthodes actuelles d'observation — une analyse attentive des symptômes ne peut arriver à préciser exactement le diagnostic entre la neurasthénie essentielle et la neurasthénie préparalytique. Dans ces cas, on doit s'inspirer surtout, pour lui, de ce fait que la neurasthénie est une maladie de la constitution, commençant presque toujours dès la jeunesse et très rarement à l'âge adulte, tandis que la paralysie générale est au contraire une affection de l'époque moyenne de la vie. Et il conclut que « toute neurasthénie qui se développe entre 30 et 50 ans chez un homme jusque-là sain, non nerveux, doit faire soupçonner le début d'une paralysie générale ».

C'est aller peut-être un peu loin, car la neurasthénie peut

(1) Gross (Heidelberg). — Ueber die Fruhe diagnose der progressiven Paralyse. *Allgemeine Seitschrift fur Psychiatrie* LII[e] Band. 6[e] Heft. S. 1156.

survenir à tout âge, notamment sous l'influence d'une infection aiguë ou chronique ; il serait plus exact de dire que la neurasthénie de la maturité de la vie n'est pas la neurasthénie essentielle et doit faire soupçonner plutôt une cause accidentelle, particulièrement une cause toxique. Mais, avec ces réserves, l'observation de Gross n'en a pas moins une grande valeur.

Judson S. Bury, dans un article datant de quelques jours à peine (1), insiste également sur ce fait que les névroses dites fonctionnelles dépendent fréquemment de profondes lésions organiques et, en ce qui concerne la neurasthénie, il déclare qu'il faut se montrer très réservé pour son diagnostic, car ses symptômes ne sont souvent que la première période de la paralysie générale ou d'une tumeur cérébrale.

La question du début de la paralysie générale par le syndrome neurasthénie est, on le voit, importante et délicate en pratique, et elle mériterait d'être étudiée d'une façon complète. Nous aurons occasion d'y revenir à propos du diagnostic différentiel.

2° J'ai dit qu'en dehors de sa phase prodromique, la paralysie générale pouvait s'accompagner, à l'une quelconque de ses périodes, d'un état neurasthénique. Ici, il importe de faire une distinction.

J'ai établi que les manifestations hystériques se rencontrent dans la paralysie générale confirmée dans deux conditions différentes. Tantôt, mais quoi qu'on en ait dit, cela est rare, il s'agit d'une paralysie générale survenant chez un sujet préalablement atteint d'hystérie vraie, et alors on voit l'hystérie imprimer à la maladie cérébrale une évolution spéciale, exercer sur elle comme une *action d'arrêt* (2). Tantôt et plus fréquem-

(1) Judson S. Bury. — Diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et les maladies organiques du système nerveux. *British Med. Journal*, 25 juillet 1896, p. 189.

(2) E. Régis. — Note sur les rapports de la Paralysie générale et de l'Hystérie, *loc cit.*

Huchard. — *Traité des Névroses d'Axenfeld*. Art. Hystérie, p. 1058. 2e édition, Paris 1883.

ment, il s'agit de phénomènes simplement hystériformes, (crises d'énervement, d'oppression, d'étouffement, de secousses musculaires, de pleurs, etc.), apparaissant, en dehors de toute hystérie préexistante, au cours d'une paralysie générale, absolument comme les accidents apoplectiformes et épileptiformes (1). Il en est de même, je crois, en ce qui concerne la neurasthénie, c'est-à-dire qu'on peut voir la paralysie générale survenir chez un individu atteint de neurasthénie chronique, essentielle, comme aussi on peut voir la paralysie générale se compliquer, en dehors de toute neurasthénie préétablie, de symptômes neurasthéniques ou neurasthéniformes. Comme pour l'hystérie, les deux ordres de cas diffèrent, et tandis que la paralysie générale se greffant sur une neurasthénie pure est rare, irrégulière, anormale, les manifestations neurasthéniques ou neurasthéniformes apparaissant dans le cours de la paralysie générale semblent être, au contraire, l'expression d'un épuisement nerveux plus marqué, dû à la maladie organique, c'est-à-dire une complication.

C'est là encore un côté spécial de la question, sur lequel je me borne à appeler pour aujourd'hui l'attention.

II

Diagnostic de la Paralysie générale et de la Neurasthénie

Le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la neurasthénie a déjà suscité un certain nombre de travaux, principalement à l'étranger.

On s'est surtout occupé du diagnostic entre la neurasthénie et la paralysie générale au début. C'est, en effet, le point le plus saillant, le plus délicat, celui que j'aurai moi-même plus particulièrement en vue dans cette étude. Mais auparavant, je

(1) A. Dubreuilh. — Phénomènes hystériques dans le cours d'une paralysie générale chez un homme, ayant marqué le début d'accidents méningitiques aigus. Discussion par Garnier, Régis. *Comptes rendus du congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux.* Masson 1896, p. 305.

voudrais dire un mot du diagnostic de la neurasthénie avec la paralysie générale confirmée.

1° Il semble extraordinaire, au premier abord, de penser qu'on peut confondre la paralysie générale à une période avancée avec la neurasthénie et cependant cela peut être. Sans entrer dans de grands développements, je crois donc utile d'indiquer les cas auxquels je fais allusion, très importants à connaître. Il s'agit d'états d'adynamie profonde, survenant d'habitude au déclin ou dans la convalescence des maladies infectieuses aiguës et dans lesquels se retrouvent parfois tous les symptômes physiques et psychiques d'une démence paralytique hors de conteste : diminution marquée des facultés, confusion extrême dans les idées, délires absurdes et incohérents, inégalité des pupilles, embarras prononcé de la parole, tremblements de la langue et des lèvres, affaiblissement musculaire, gâtisme, etc. Est-ce là un simple état neurasthénique dû au trouble de nutrition de l'organisme, une variété de ce que Krœpelin appelle du nom significatif de « psychoses asthéniques de la convalescence », susceptible de disparaître, ou est-ce une vraie paralysie générale, définitive et incurable? L'embarras est d'autant plus grand que les deux hypothèses sont possibles et qu'on a vu la paralysie générale proprement dite succéder aux maladies infectieuses aiguës (1).

Voici, résumé, un cas que j'observe en ce moment et qui est absolument typique à cet égard :

Observation. — Madame M..., 49 ans, de très bonne santé habituelle, non syphilitique, ménopausée depuis un an, est atteinte en mai 1896 d'influenza suivie de rougeole. Au moment du maximum de l'éruption, dans la nuit, apparition brusque d'un délire infectieux, d'abord nocturne et disparaissant le jour, puis continu et violent, avec visions terrifiantes et craintes d'empoisonnement.

(1) A. Delmas. — Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale (*Thèse de Bordeaux*, 1895). — Chaslin. — La confusion mentale primitive p. 233, 1895. — Séglas. — Paralysie générale et confusion mentale, leçons cliniques, 1895.

Le 5 juin, quand je vois la malade pour la première fois, je la trouve dans un état d'asthénie profonde et présentant tous les signes d'une paralysie générale déjà très avancée : incohérence et perte de la mémoire, idées vaniteuses absurdes (elle possède de beaux meubles, un beau canapé, de jolis chapeaux, etc.), avec craintes confuses d'empoisonnement, embarras tout à fait caractéristique de la parole, inégalité des pupilles (droite plus large), trémulation fibrillaire de la langue avec mouvements de trombone, tremblements ataxiformes des lèvres et des mains, abolition des réflexes tendineux, station et marche impossibles, gâtisme complet.

Ma première pensée, en présence de cet état, est qu'il s'agit d'une paralysie générale existant depuis longtemps et aggravée par une maladie infectieuse intercurrente. Je fais une enquête auprès de la famille et du médecin habituel et, à ma grande surprise, j'apprends à n'en pas douter que jusqu'au moment où elle s'est alitée, Madame M... était parfaitement bien et que, la veille encore, elle exerçait de la façon la plus correcte sa profession de commerçante. En dix jours donc, de normale qu'elle était, elle était arrivée au dernier degré de la démence paralytique.

C'est la première fois que je voyais un pareil fait. Aussi m'intéressa-t-il vivement et, pour mieux le suivre, je fis entrer la malade à l'Hôpital Saint-André, où elle fut placée dans le service de mon ami, le professeur Arnozan.

Là, elle resta un mois, toujours dans le même état physique et mental, s'accentuant de plus en plus sous les traits de la paralysie générale. Quelques particularités peu ordinaires s'observaient seulement chez elle. La première c'est que, comprenant à peine ou pas ce qu'on lui disait, elle répétait machinalement et comme un écho, les derniers mots qu'elle entendait. La seconde, c'est qu'elle garda longtemps un état saburral intense des voies digestives, avec enduit blanchâtre très épais de la langue, qui nécessita le lavage de l'estomac et des purgatifs multipliés. La troisième, c'est que son inégalité des pupilles était d'une mobilité extraordinaire ; tantôt et le plus souvent,

la pupille droite était la plus dilatée, d'autres fois, c'était la gauche, parfois les deux pupilles étaient égales. Ces variations se produisaient d'un jour à l'autre et jusque dans la même journée. La quatrième et dernière particularité, enfin, consistait dans l'existence et la persistance des hallucinations terrifiantes, des frayeurs, des idées vagues de persécution.

Au bout d'un mois la malade, trop bruyante pour être gardée à l'hôpital, fut installée à la campagne, avec une garde.

Dans le courant du mois de juillet, la langue s'est dépouillée, l'appétit est un peu revenu, la répétition-écho des mots entendus a disparu, mais tous les autres symptômes physiques, psychiques, asthéniques ont persisté, et il ne paraît plus douteux aujourd'hui que la paralysie générale soit définitive.

Décembre 1896. — Tel était l'état de Mme M..., aux premiers jours d'août, c'est-à-dire au moment de ma communication au Congrès. Le diagnostic de paralysie générale, s'il avait pu jamais être indécis, paraissait alors définitivement acquis. Or, voici que la situation a changé depuis, au point de renouveler l'embarras et même de l'augmenter.

Depuis un mois, en effet, l'état de la malade n'est plus le même. Non seulement elle a cessé complètement d'être gâteuse, mais ses forces sont entièrement revenues. Physiquement comme mentalement, c'est une véritable résurrection.

Voici une note détaillée de son observation, à la date du 12 décembre : « Je viens de voir Mme M... chez elle, dans son magasin, où j'ai pu l'examiner à l'aise. Le changement est stupéfiant. L'embarras de la parole a entièrement disparu ; il ne reste plus trace de ce symptôme typique de paralysie générale qui a été, à une époque, jusqu'à un bredouillement inintelligible. Le tremblement de la langue et des lèvres est nul, également celui des mains qui n'apparaît plus que sous l'influence des émotions. Les pupilles, dont l'inégalité en faveur de la droite est, à certains moments, à peine perceptible, réagissent bien. Le facies est plus animé, plus éclairé, plus vivant.

Au point de vue mental, le changement n'est pas moins sensible. Quand on se rappelle la malade, naguère encore privée

de toute connaissance, hébétée, ânonnant des paroles sans suite et répondant de la façon la plus absurde, ne se souvenant de rien, plongée dans la démence la plus complète, on se demande si c'est la même femme qui, aujourd'hui, parle comme tout le monde, va, vient, s'occupe de son ménage, de ses affaires, vend et compte à son magasin, comme elle le faisait autrefois.

« Il est intéressant de noter que Mme M... a perdu le souvenir de presque tout le temps de sa maladie. Elle se rappelle vaguement le début, jusqu'au moment où le délire a éclaté ; depuis c'est le néant complet jusqu'à ces dernières semaines. De sa période amnésique, couvrant une durée de quatre mois environ, elle ignore tout, même qu'elle a été transportée et soignée à l'hôpital. Il y a dix jours, à ma consultation de la Faculté, elle a eu, en me voyant, la sensation qu'elle me connaissait, qu'elle m'avait vu quelque part. Où ? elle n'en savait rien. Cette amnésie de la crise est une des caractéristiques des délires toxiques graves, en particulier des délires infectieux qui sont essentiellement, pour moi, des délires de rêve, des délires oniriques ou somnambuliques (1).

« De cette amnésie lacunaire ainsi que des conceptions écloses dans ses rêves délirants, il est résulté, chez Mme M..., un état d'esprit particulier, fait de désorientation, de conceptions vagues, d'appréhensions anxieuses, d'excitation. N'ayant aucune idée de ce qu'a été sa maladie, elle demande si elle n'a pas accouché, et ne se rend qu'imparfaitement aux raisons qu'on lui donne pour la convaincre du contraire. En outre, elle est inquiète ; elle croit qu'on va la chasser de chez elle, la séparer de son mari, les arrêter tous deux. La nuit, elle se lève, croyant avoir entendu marcher et veut s'assurer que tout son monde est là. Elle rêve, a des cauchemars et des frayeurs.

(1) E. Régis. — Discussion sur les rapports de l'Hystérie et de la Folie. Comptes rendus du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Clermont-Ferrand. Paris, 1895, p. 66 et 76. Les délires infectieux (*Leçons cliniques* 1896).

Pichon. — Les délires infectieux et toxiques, contribution à l'étude des délires oniriques ou de rêve (*Th. de Bordeaux*, novembre 1896).

Tout cela est vague, confus, et n'a rien de la précision du délire mélancolique.

« Quant aux symptômes de paralysie générale, ils ont disparu. »

Comment apprécier une observation de ce genre ? Est-ce une vraie paralysie générale ayant subi une régression exceptionnelle, mais temporaire, et destinée à reprendre ultérieurement son cours ? Est-ce une simple cérébrasthénie post-infectieuse, se présentant tout d'abord sous les traits de la paralysie générale, c'est-à-dire une pseudo-paralysie générale infectieuse suivie de confusion mentale ? Est-ce enfin une paralysie générale se terminant par la guérison ? Il y a là véritablement de quoi bouleverser nos idées sur la maladie de Bayle, et on est presque tenté d'admettre, entre les menaces de paralysie générale qui n'aboutissent pas et la paralysie générale progressive, fatalement incurable, que nous connaissons, des paralysies générales aiguës, intermédiaires qui, suivant que les lésions ont ou non le temps de se fixer, de devenir permanentes, sont susceptibles de disparaître ou de s'affirmer de plus en plus. Des paralysies générales vraies et curables, cela choque assurément toutes les traditions et toutes les idées reçues, mais cela est-il impossible ? Qui oserait le soutenir ? La question, si elle ne se pose déjà, se posera certainement un jour.

2° Le diagnostic le plus important, le plus délicat, car c'est celui qui se présente le plus fréquemment dans la pratique, est celui de la neurasthénie avec la paralysie générale commençante.

Déjà un certain nombre d'auteurs ont abordé le problème et essayé de le résoudre.

On sera surpris d'apprendre que Morel est le premier qui ait signalé une confusion possible entre la neurasthénie émotive et la paralysie générale au début. C'est en 1866, dans son « Délire émotif » (1), qui contient en germe toutes nos vues actuelles sur les obsessions, que le fait est consigné, au cours d'une observation. « Une dernière considération, dit Morel, à propos

(1) Morel. — Le Délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire (*Archiv. gén. de médecine*, 1866).

du diagnostic que comportait l'état de M. X..... J'ai vu un certificat médical d'un de nos premiers aliénistes constatant un commencement de ramollissement et une tendance à la paralysie générale. Il est de fait que lorsque ce malade se trouvait pour la première fois devant un étranger, il s'intimidait au point de balbutier. Je l'ai entendu plaisanter sur le diagnostic de ce célèbre aliéniste. »

Morel avait donc vu qu'une neurasthénie pouvait être prise, non par le premier venu, mais par des spécialistes compétents, pour une paralysie générale. Mais ce n'était là qu'une simple réflexion de sa part et le problème n'a véritablement commencé d'être discuté que dans ces dernières années.

Roscioli, en 1888, consacre un article à la « *folie paralytiforme neurasthénique* » (1). S'appuyant sur deux observations, dans l'une desquelles on avait cru tout d'abord à une paralysie générale, malgré le jeune âge du sujet (18 ans), il dit qu'il existe des cas de folie paralytiforme neurasthénique ou de *neurasthénie pseudo-paralytique*, dus à des troubles exclusivement fonctionnels des centres nerveux et susceptibles d'être confondus avec la vraie paralysie générale. Ils s'en sépareraient pour lui, par les caractères suivants : 1° absence de démence proprement dite, remplacée par une obtusion et une apathie profondes; 2° embarras de la parole dû à un spasme passager des muscles de la langue et non à un état aphasique ou à des désordres de coordination ; 3° variabilité dans l'intensité de chaque symptôme ; 4° tendance de la maladie à une évolution favorable.

Levillain (1891) (2) parle aussi du diagnostic de la neurasthénie avec les maladies organiques à lésion anatomique, notamment avec la paralysie générale. Mais ce diagnostic ne lui semble pas très difficile. « Pour éliminer, dit-il, l'hypothèse d'une maladie organique quelconque, il suffira d'étudier minutieusement les phénomènes stigmatiques qu'on rencontre dans la neurasthénie et surtout la marche essentiellement variable,

(1) Roscioli. — Folie paralytiforme neurasthénique (*Il Manicomio moderno*, 1888.)
(2) Levillain. — *Loc. cit.* p. 216.

mobile et inconstante du processus nerveux général. On trouvera alors des phénomènes isolés qui ne cadrent nullement avec la maladie organique tant redoutée : la dyspepsie et la céphalée avec l'angine de poitrine, la perte de mémoire et l'insomnie aux rêves spéciaux avec la dyspepsie et surtout les états phobiques, plus ou moins dessinés, avec les douleurs fulgurantes. Il y a en effet, dit Beard, des phénomènes neurasthéniques spéciaux qui n'appartiennent nullement aux états organiques : tels sont, par exemple, les hyperesthènes du cuir chevelu, des dents et des gencives, les appétits immodérés pour les stimulants, etc., etc. Màis ce qu'il faut surtout envisager, c'est la mobilité et la fragilité des manifestations neurasthéniques : un bel exemple est celui des désordres pupillaires de l'épuisement nerveux, comparés à ceux qu'on peut observer dans les maladies organiques ; ici les phénomènes sont fixes, permanents ou bien évoluent dans un ordre précis déterminé d'avance, alors que là, dans la neurasthénie, ils suivent une allure essentiellement capricieuse et présentent souvent le caractère transitoire, métastatique ou récurrent. Enfin un excellent signe peut être pris dans l'examen de la réflectivité générale qui est ordinairement diminuée dans les maladies organiques graves, alors qu'elle est le plus souvent conservée et même exagérée dans les maladies fonctionnelles comme la neurasthénie. »

Le diagnostic est loin d'être toujours aussi simple, et les caractères différentiels indiqués par M. Levillain ne sont pas toujours suffisants. Assurément, la mobilité des troubles oculo-pupillaires peut avoir son importance et on a vu que, dans le cas de psychose asthénique relaté plus haut, elle était véritablement frappante ; mais il peut en être de même, au moins à un certain degré, dans la paralysie générale. Quant aux réflexes, ils n'obéissent comme on sait, dans la maladie de Bayle, à aucune règle fixe et, en ce qui concerne les réflexes tendineux, ils sont, au début, plus souvent exagérés que diminués.

Au reste, M. Levillain considère lui-même le diagnostic comme parfois malaisé, car il ajoute plus bas : « Mais il faut penser, en présence de cette double hypothèse d'une affection organique

ou neurasthénique, que l'association des deux maladies est toujours possible, qu'on peut donc rencontrer la neurasthénie chez un sujet frappé d'une maladie organique donnant lieu à certains phénomènes analogues et que, d'autre part, la neurasthénie préalable n'empêche pas une lésion organique de se développer à côté d'elle ; ce diagnostic en double est de la plus grande importance pour la thérapeutique. »

Là, en effet, est le nœud du problème et la difficulté. C'est qu'en réalité il y a deux questions, deux diagnostics à se poser : 1° Neurasthénie simple ou paralysie générale ? 2° Neurasthénie simple ou neurasthénie préparalytique ?

Dans un ouvrage récent (1) M. Levillain est revenu plus en détail sur ce qu'il appelle les *états neurasthéniformes prodromiques* ou *pseudo-neurasthénies préorganiques*. L'analyse fine des symptômes y démontre le plus souvent pour lui qu'il ne s'agit pas là du véritable type de Beard ; certains stigmates et des plus importants feront défaut ou n'auront pas le caractère qu'ils ont d'habitude dans la vraie neurasthénie. Chez les préparalytiques généraux, par exemple, les troubles psychiques, dysmnésiques, dyslaliques, etc., feront contraste, par leur intensité, avec le faible degré des vrais symptômes neurasthéniques, insomnie, état mental, troubles gastro-intestinaux.

« Mais, ajoute l'auteur, — et je tiens à citer textuellement ce passage significatif — tout cela n'est pas encore suffisamment déterminé pour qu'on puisse donner la formule précise de chacun de ces diagnostics délicats, on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes : 1° on est plutôt en présence d'un état neurasthéniforme que neurasthénique, évoluant spontanément, sans cause connue ; 2° on trouve associés d'autres caractères non communs au type de Beard ou, prédominants, certains symptômes qui, par cela même, doivent éveiller l'attention et rendre circonspect.

« Pour arriver à ce résultat tant désirable d'un diagnostic précis, il faut recueillir avec soin et le plus de détails possibles

(1) Levillain. — *Essais de neurologie clinique :* Neurasthénie et états neurasthéniformes. Paris, 1896, p. 145.

tous ces états neurasthéniformes plus ou moins bizarres et douteux et tâcher de suivre leur évolution. On les groupera alors en séries ayant évolué les unes vers la tuberculose, les autres vers la paralysie générale et on arrivera peut-être, en les comparant, à dresser le bilan symptomatique précis de chacun d'eux et à formuler plus tard avec certitude leur diagnostic et leur pronostic.

« J'ai, pour ma part, rencontré plusieurs cas de ce genre et je me rappelle assez bien trois de ces cas qui ont abouti à la paralysie générale, après avoir été plus ou moins longtemps considérés comme neurasthéniques. Malheureusement je n'étais pas alors prévenu de ces faits sur lesquels l'attention n'est appelée que depuis quelque temps; j'étais au début de ma carrière et n'avais pas encore pris l'habitude de recueillir mes observations comme je fais maintenant. Je n'ai donc pas les éléments nécessaires à la reconstitution exacte de ces observations; j'en ai seulement gardé l'impression que ces états neurasthéniques étaient en dehors de la série classique par certains côtés, et par conséquent devaient être rangés plutôt dans la série des états neurasthéniformes. »

Krafft-Ebing, en 1892, dans un travail peu connu (1), dont je dois la traduction à l'obligeance de mon ami le Dr J. Morel, de Gand, a consacré à la question une étude spéciale et détaillée. Après avoir fait remarquer que la démence paralytique et la neurasthénie cérébrale surviennent toutes deux chez des individus à système nerveux épuisé et qu'elles peuvent débuter l'une et l'autre par des symptômes de fatigue cérébrale avec faiblesse irritable, il aborde leur diagnostic différentiel. Nous résumerons brièvement les principales données de ce parallèle nosographique.

Etiologie. — Un état de faiblesse irritable du système nerveux central, se manifestant chez un homme à la force de l'âge,

(1) Krafft-Ebing. — Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et la neurasthénie cérébrale (*Livre jubilaire du 50e anniversaire de la fondation de l'Asile d'Illenau.* Heidelberg, Carl Winter 1892).

viveur et livré aux travaux intellectuels, en l'absence de prédisposition héréditaire névropathique antérieure, mais avec antécédents de traumatisme crânien, d'alcoolisme ou de syphilis (surtout de syphilis qui est 17 à 20 fois plus fréquente dans la paralysie générale) ou déjà tabétique, doit faire penser plutôt à la paralysie générale. En revanche, le même état chez un homme au-dessous de 35 ans, prédisposé à la névropathie, même ayant commis des excès, mais sans syphilis antérieure, doit faire soupçonner la neurasthénie.

Début. — Le début de la paralysie générale est progressif, lent ou saccadé, celui de la cérébrasthénie est brusque, surtout s'il succède à un fort ébranlement psychique.

1° *Symptômes intellectuels.* Les *Obsessions* et *Phobies* n'existent pas ou sont tout à fait exceptionnelles dans la paralysie générale, tandis qu'elles s'observent communément dans la cérébrasthénie, principalement sous forme d'obsessions hypocondriaques, faisant croire aux malades qu'ils sont au début d'un ramollissement cérébral, d'une démence qui les conduira à l'Asile, et les poussant au suicide.

Les *modifications du caractère* ont une grande importance. Dans la paralysie, elles sont durables, profondes; dans la cérébrasthénie, elles consistent plutôt en simple émotivité, irritabilité, égoïsme pathologique, qui diminuent ou disparaissent avec l'amélioration.

Les *troubles du sens moral* sont particuliers à la paralysie générale, où l'on note un oubli significatif des convenances sociales et du respect des bonnes mœurs, ce qui n'a pas lieu dans la cérébrasthénie.

Les *troubles de la mémoire* existent dans les deux maladies et s'y rapportent surtout aux faits de date récente, les cellules ganglionnaires simplement *épuisées* comme celles *anatomiquement lésées* ayant perdu le pouvoir de maintenir de nouvelles impressions. Il y a cependant des différences. La faiblesse de reproduction des faits de date ancienne est plus frappante chez les

neurasthéniques. En revanche, elle ne s'accompagne pas, comme dans la paralysie générale, de la perte des images photographiques. Dans la paralysie générale, la localisation du temps dans le passé est défectueuse, d'où incertitude du calcul des dates. Dans la neurasthénie ce symptôme n'existe pas, l'erreur des dates ne dépasse pas deux jours comme chez les normaux, et les connaissances arithmétiques sont conservées.

2° *Symptômes physiques*. *L'insomnie* est habituelle dans les deux états morbides. Mais dans la paralysie générale, contrairement à ce qui se passe dans la neurasthénie, elle est indépendante des circonstances extérieures. Une insomnie rebelle, survenant chez des individus dans des conditions étiologiques voulues, doit faire penser à la paralysie générale. De même si, malgré le sommeil de la nuit, le malade s'endort au travail ou au milieu d'une société.

La *céphalalgie et les névralgies* sont également différentes. L'hémicranie ophtalmique (Charcot) précède le plus souvent la paralysie générale ; la migraine ordinaire est plus fréquente dans la cérébrasthénie, ainsi que la névralgie du trijumeau. La céphalée avec sensation de pression à la tête est caractéristique de la cérébrasthénie. Les *troubles oculo-pupillaires* ont, dans le diagnostic, une réelle importance. Les paralytiques généraux ont d'habitude les pupilles inégales avec réactions anormales. Ils ont souvent, au début, de l'érythropsie temporaire, du rétrécissement concentrique du champ visuel très prononcé pour le blanc et pour les couleurs ; dans les cas avancés, il n'existe parfois chez eux que la vision centrale ou presque. Souvent, le rétrécissement existe sous formes de sections. Scotomes rares. Fréquemment, rétinite paralytique (œdème péripapillaire de Galezowski) ; parfois, injection rosée de la papille avec dilatation variqueuse des veines environnantes, atrophie des nerfs optiques, surtout chez les paralytiques généraux tabétiques. Les neurasthéniques ont les pupilles normalement dilatées et réagissant bien à la lumière. Le plus souvent, leur champ visuel est normal. Dans quelques cas ils présentent des limites variables pour le

blanc et les couleurs. Ils n'ont pas d'altérations du fond de l'œil, mais seulement des troubles fonctionnels (hyperesthésie, mouches volantes, asthénopie, névrose ciliaire, etc.).

Les *réflexes patellaires* sont exagérés dans la cérébrasthénie et abolis dans la paralysie générale, sauf les cas où il existe en même temps dégénérescence des cordons latéraux. Il y a alors également exagération, mais il s'y joint d'autres symptômes, tels que marche spastique et augmentation du tonus musculaire.

En ce qui concerne *l'écriture*, le neurasthénique peut, il est vrai, oublier des lettres, des mots, les confondre même, mais, contrairement au paralytique général, il reconnaît ses erreurs, au besoin les corrige.

Les *ictus cérébraux*, apoplectiques ou épileptiques, font suspecter la paralysie générale. Dans la neurasthénie, ils n'existent pas, bien qu'on puisse y observer des accès d'aphasie rudimentaire (1), de l'aphasie amnésique. Toutefois, ces accès sont le plus souvent symptomatiques d'une affection organique, dans laquelle ils se montrent avec des parésies temporaires du bras ou de la jambe. La paralysie générale, notamment, débute parfois par des accès transitoires d'aphasie totale avec paresthésie à droite de la langue, de la face et du bras.

L'auteur note encore les signes différentiels suivants. Dans la paralysie générale, excès fréquent de *température ;* dans la neurasthénie, température normale sauf les cas de fièvre nerveuse. Dans la paralysie générale, *pouls* souvent monocrote au début ; dans la neurasthénie, pouls tricrote accéléré. Dans la paralysie générale, diminution rapide de *poids* au début ; conservation dans la neurasthénie, sauf complications. Dans la paralysie générale, *phosphaturie* fréquente au début ; dans la neurasthénie la phosphaturie, si elle existe, est accompagnée d'augmentation d'acide urique et d'oxalates. Dans la paralysie générale enfin, fonctions génitales souvent diminuées au début ; dans la neuras-

(1) Régis. — Un cas d'aphasie transitoire neurasthénique (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1893).

thénie la diminution existe aussi, mais elle est d'origine purement psychique.

Ce long parallèle, tracé par Krafft-Ebing, contient des éléments importants de distinction. Certains, cependant, n'ont qu'une valeur secondaire. Quelques-uns enfin sont omis, comme ceux tirés des troubles de la parole.

M. le professeur Fournier, dans ses leçons sur la neurasthénie d'origine syphilitique (1) et dans le chapitre « Pseudo-encéphalopathies neurasthéniques » de son remarquable ouvrage « Les Affections parasyphilitiques (2) » différencie magistralement la neurasthénie et la paralysie générale, en se basant sur la *triade symptomatique* suivante :

1° Dans la neurasthénie, absence des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau (inégalité des pupilles, tremblement des mains, des lèvres, projection saccadée de la langue en mouvements de trombone, tremblement interstitiel de la langue, sautillement des muscles péribuccaux, embarras de la parole, conceptions délirantes).

2° Dans la neurasthénie, multiplicité des symptômes étrangers à la scène usuelle des affections organiques du cerveau (douleurs de tout siège ; lassitude habituelle, courbature, dépression, avachissement ; hyperesthésies diverses ; asthénie musculaire marquée, troubles dyspeptiques, palpitations, symptômes génitaux (éjaculation prématurée, débilité virile, prétendue impuissance) tout cela combiné comme d'usage à de l'éréthisme nerveux, à une impressionnabilité, à une émotivité toute spéciale, véritables *hors d'œuvre* dans le complexus de la paralysie générale.

3° Dans la neurasthénie, phénomènes morbides ne présentant que l'apparence, le décor, et non la réalité des symptômes essentiels, constitutifs de la paralysie générale. Le manque

(1) A. Fournier. — Leçons sur les neurasthénies d'origine syphilitique (*Bulletin médical*, octobre 1893).

(2) A. Fournier. — *Les affections parasyphilitiques*. (Paris, Rueff et Cie, 1894.)

d'équilibre du neurasthénique, plus apparent que réel, ne présente pas les incorrections ataxiques, les défaillances subites de statique de la paralysie générale. Les tremblements intermittents, purement émotifs, passagers de la neurasthénie n'ont rien d'analogue aux tremblements de la paralysie générale. La prétendue perte de mémoire des neurasthéniques n'existe pas ; chez eux, la mémoire n'est que paresseuse ou distraite, ou passagèrement obnubilée, mais sans les lacunes, les scotomes de la paralysie générale. De même en ce qui concerne l'intelligence : le neurasthénique se dit dément, fou ou ramolli, alors que tout se réduit à de la paresse à mettre en œuvre un instrument resté sain, à de la lassitude et de la courbature d'esprit, sans aberration ni déviation. Le neurasthénique est hypocondriaque, mais il souffre réellement ; ses inquiétudes ont leurs motifs, bien qu'exagérés, son chagrin n'a rien en soi d'illogique. Les conceptions hypocondriaques du paralytique général sont imaginaires, inventées, imbéciles, absurdes, folles : il est bouché, a l'estomac rongé par une bête, etc. Le neurasthénique est accessible au raisonnement, à la réconfortation, à la consolation ; le paralytique général ne vous écoute même pas.

Tels sont, en y comprenant la leçon de M. Ballet et l'article de Gross, dont nous avons parlé, les travaux ayant particulièrement trait à la question qui nous occupe (1). On trouve cette question signalée également dans les ouvrages récents consacrés à la neurasthénie, notamment dans ceux de Bouveret (2) et de Löwenfeld (3). Ce dernier insiste sur l'analogie de la paralysie générale au début et de la neurasthénie grave, et sur la

(1) Consulter aussi : Barwinski. Sur la démence paralytique avec considération particulière sur son stade prodrome 1890-1891 — Thomson. Des symptômes précoces précédant parfois de dix ans la paralysie générale. — Oppenheim. Névroses fonctionnelles liées à des affections organiques des centres nerveux (*Neurologisches Centralblatt*, 1890-1891. — Gugl. Hugo. Sur les formes limites de neurasthénie cérébrale grave, 1891). — Seguin. Diagnostic précoce de quelques maladies du système nerveux (*Médical and Chirurgical journal*, Boston, décembre 1890 et février 1891).

(2) Bouveret. — *La Neurasthénie* 2e édition.

(3) Lowenfeld. — *Die Neurasthénie*. Wiesbaden 1894.

nécessité, dans certains cas, d'approfondir les conditions psychiques et somatiques de l'état morbide pour arriver à un diagnostic. Les indications qu'il fournit à cet égard sont exactement celles énumérées par Krafft-Ebing. Comme cet auteur, il ne parle pas des troubles de la parole, mais il invoque tout particulièrement les différences dans les perturbations de la mémoire, du caractère, de la conscience et, au point de vue physique, celles des modifications pupillaires. « L'inégalité pupillaire prolongée, dit-il, se rencontre il est vrai dans la neurasthénie, mais d'une façon si rare qu'il faut absolument se méfier, surtout s'il y a de la syphilis sous roche. Un myosis permanent, la paresse de réaction des pupilles à la lumière, permettent d'écarter résolument le diagnostic de neurasthénie. Il en est de même des paralysies très fugaces de la musculature de l'œil, de la disparition du réflexe du genou, qui se retrouvent assez souvent de très bonne heure dans la paralysie générale. »

Les récents traités sur la paralysie générale commencent également de mentionner ce point de diagnostic. C'est ainsi que, dans leur opuscule (1), MM. Magnan et Sérieux notent que la neurasthénie peut amener des symptômes faisant craindre un début de paralysie générale. « Il existe, disent-ils, de la céphalée, des névralgies, de l'amnésie, des vertiges, de l'inégalité pupillaire de la parésie généralisée. La volonté, l'attention sont diminuées ; il y a de la torpeur intellectuelle, les facultés génitales sont amoindries, le sujet a des préoccupations hypocondriaques. Mais, fait important, le malade a conscience de son état, il analyse lui-même les troubles qu'il éprouve et il est plutôt porté à en exagérer la portée qu'à l'ignorer, comme le paralytique. En outre, on ne constate point d'hésitation véritable de la parole, point de lacunes profondes de la mémoire, point de modifications radicales du caractère. »

On voit, par ces citations, l'importance du diagnostic différentiel de la paralysie générale au début et de la neurasthénie et les difficultés, reconnues de tous, que ce diagnostic est sus-

(1) Magnan et Sérieux. — La Paralysie générale. *Encyclopédie Leauté.*

ceptible de soulever. Si je me suis un peu étendu sur les opinions des divers auteurs, c'est, d'une part, parce que l'histoire de la question n'a pas encore été faite ; d'autre part, parce qu'il y a là une série d'indications intéressantes pour la solution du problème. Il faut convenir d'ailleurs que, malgré tout, la distinction des deux états n'en reste pas moins malaisée dans la pratique et que chaque jour des erreurs sont commises, des neurasthéniques étant pris pour des paralytiques généraux au début et inversement, ce qui est plus grave, des paralytiques généraux au début étant pris pour de simples neurasthéniques.

J'ai, pour ma part, observé un certain nombre de ces faits. J'en citerai seulement trois, qui m'ont plus particulièrement frappé.

Voici, d'abord, un cas de neurasthénie chez un syphilitique, avec symptômes de paralysie générale.

Observation. — K... Jules, 34 ans, imprimeur, marié, deux enfants bien portants. Rien de particulier chez les ascendants. Syphilis à 26 ans. Mal soigné. S'est traité seulement pendant quatre mois avec de l'iodure et des pilules.

Ce malade se présente en juin 1896 à ma consultation des maladies mentales de la Faculté. Il se plaint d'une altération progressive de sa santé depuis deux ans. Ses forces diminuent et ses jambes sont faibles. Son intelligence a baissé, sa mémoire a diminué, il ne peut fixer son attention sur un travail intellectuel, un rien le dérange. Il est très préoccupé de son état. Il a peur de devenir fou, imbécile. Il est sujet à des obsessions. Il se sent attiré malgré lui par tout ce qui pourrait lui servir à se donner la mort (fenêtre, précipice, puits); il a peur de tuer sa fille. Il a de l'impuissance génitale ; au moment de l'acte vénérien l'érection cesse. Il est très irritable ; le moindre bruit le fatigue, retentit dans son cerveau et l'énerve.

Il souffre de la tête et a constamment comme un poids sur le crâne. Il s'essouffle facilement et entend comme un son de clapet qui s'ouvre et se ferme dans son oreille gauche. Son sommeil est mauvais, entrecoupé, troublé par des rêves.

Inégalité très marquée des pupilles, toutes deux très dilatées,

avec mydriase plus grande à droite. Paralysie incomplète de l'accommodation (perte des 2/3 environ). Réflexe lumineux aboli à droite, très diminué à gauche. Pas de rétrécissement du champ visuel. Rien au nerf optique (Examen du Dr Cabannes, chef de clinique de M. le Professeur Badal). Trémulation de la langue et des mains. Réflexes rotuliens diminués. Embarras de la parole, constitué par une sorte d'hésitation, de bredouillement, avec tremblement des lèvres. En étudiant de près cette difficulté de prononciation, on s'aperçoit qu'elle est surtout émotive et que, à peu près nulle quand le malade est à l'aise, elle se manifeste et s'accentue lorsqu'il est intimidé, par exemple lorsqu'il parle devant nous ou devant son patron. Il explique alors qu'une sorte de *crainte* le prend, qu'il hésite, balbutie, prononce mal, dit un mot pour un autre ou remplace celui qu'il veut dire par « chose », « machin ».

Tel est encore, aujourd'hui, l'état du sujet. Il est clair que dans l'ensemble et surtout au point de vue mental, c'est essentiellement un neurasthénique. Mais n'est-il que neurasthénique ? et en face de sa syphilis ancienne et de certains des troubles somatiques qu'il présente, tels que les troubles oculo-pupillaires, n'est-on pas en droit de faire des réserves et de se demander s'il n'est pas au seuil d'une paralysie générale ? Pour ma part, je n'ai pas osé conclure, et bien que le considérant avant tout comme un neurasthénique parasyphilitique, je laisse à l'avenir le soin de prononcer à cet égard.

Observation. — Voici maintenant l'observation d'un malade pris d'abord pour un neurasthénique et qui a fini par la paralysie générale.

Au mois de novembre 1894, le docteur Chanteloube m'adresse un malade, avec la note détaillée et très intéressante que voici :

« B... Fernand, industriel, marié, 46 ans. Intelligence médiocre.

Père encore vivant, bien portant. Mère, morte aujourd'hui, a toujours été une « geignarde », se préoccupant de tout, se

plaignant sans cesse. Tous les médecins qu'elle a consultés, il y a une quinzaine d'années, ont répondu : « C'est un état nerveux, il n'y a pas de lésion organique. » De l'avis de l'entourage, mais de l'avis du père surtout, il ressort que l'état de B... est la reproduction fidèle de l'état de la mère. Un fils unique, arthritique, rhumatisant, atteint de lésion organique du cœur.

« B... bien portant dans sa jeunesse, d'une vigueur au-dessus de sa taille. Nie toute atteinte de syphilis. Depuis une dizaine d'années environ se plaint d'une série d'accidents qui disparaissent par un traitement approprié : bouffées de chaleur à la tête, bouillonnements dans le crâne, bourdonnements d'oreilles, dyspepsie flatulante, constipation. Il y a deux ans et il y a un an, douleur extrêmement violente, survenant brusquement, la nuit le plus souvent, partant de la région cervicale de la colonne vertébrale, s'irradiant vers les épaules et les bras et déterminant des souffrances intolérables, de l'angoisse respiratoire et disparaissant instantanément par des frictions avec une pommade légèrement mentholée.

« Depuis quelque temps, six mois ou un an peut-être, surmené par ses occupations, il est devenu d'une humeur très difficile, se mettant pour un rien dans de grandes colères. Il y a un mois, il me fit appeler la nuit, disant qu'il étouffait. Quand je lui demandai qu'elle était la cause de son étouffement, il m'indiqua un poids, une sensation de barre, de constriction siégeant au niveau de l'ombilic et au creux épigastrique. Le visage, très pâle, exprimait l'anxiété la plus grande, les extrémités étaient froides. Malgré ce tableau un peu terrifiant pour son entourage, je ne trouvai que du ballonnement abdominal, de la polypnée et une très légère augmentation de fréquence et de force des battements du cœur.

« De ce jour date le début, non pas de la maladie, mais des accidents actuels.

« Les symptômes gastro-intestinaux ont dominé la scène. Tour à tour, j'ai noté : inappétence, langue sale; après alimentation, douleurs vives au creux de l'estomac et deux ou trois

heures après parfois, douleurs dans l'intestin ; ventre très souvent ballonné dans sa totalité, constipation contrastant avec des envies fréquentes d'aller à la garde-robe sans ou presque sans résultat, préoccupation de ne pas satisfaire ce besoin ; sommeil suffisant comme durée, mais troublé assez souvent par des cauchemars ; signes de dépression cérébrale manifeste, oubli des mots, quelquefois se perd dans une phrase parce qu'un mot, même usuel, ne vient pas et qu'il oublie, à la recherche de ce mot, le fil de son idée ; très préoccupé de son état, mais reprend espoir assez vite ; auto-observation constante ; ne m'écrit pas, mais vient souvent me trouver pour me communiquer quelque chose et alors, régulièrement, oublie un des points qu'il tenait le plus à me signaler ; pas de phobie d'aucune sorte ; amyosthénie des plus manifeste (lassitude générale, courbature) ; tremblement des membres supérieurs à oscillations brèves, rapides, vibratoires ; les réflexes rotuliens m'ont paru exagérés des deux côtés ; impressionnabilité très grande vis-à-vis du froid ; douleurs à siège variable (thorax, épaules, jambes) ; faiblesse de la vue ; inégalité pupillaire (droite plus large) avec réaction normale de la pupille à la lumière, plus lente à l'accommodation ; battements dans les oreilles.

« Le diagnostic de neurasthénie générale à forme gastro-intestinale ne m'a pas paru douteux. Cependant, l'inégalité pupillaire, bien que s'accompagnant du phénomène inverse à celui d'Argyll Robertson, m'a inquiété : mais l'absence de troubles psychiques, d'ânonnement, de douleurs de tête m'ont fait écarter l'idée de méningo-encéphalite ou de tumeur cérébrale. »

Ce récit, émané d'un praticien distingué et qui a bien observé son malade, suivi par lui depuis des années, me paraît très instructif au point de vue de la question qui nous occupe. En présence des symptômes constatés par lui, notre confrère pouvait-il conclure autrement qu'il ne l'a fait, et la seule inégalité pupillaire, sans signe d'Argyll Robertson, était-elle suffisante pour le conduire à autre chose qu'aux légères réserves qu'il indique ?

Quoi qu'il en soit, le malade, confié à mes soins et placé dans un établissement hydrothérapique où il avait fait un précédent séjour, ne tarda pas à manifester des signes plus accusés de paralysie générale et en particulier de l'embarras de la parole, des mouvements de dégustation et de mâchonnement, de la trémulation labiale, en même temps que de la diminution de l'intelligence, dont il avait conscience et que même il s'exagérait. Mais les symptômes neurasthéniques persistaient et en particulier les symptômes gastriques. Je constatai pendant longtemps une dilatation stomacale considérable avec bruit énorme de clapotement six heures après un petit repas, de la dyspepsie douloureuse aussitôt après l'alimentation, de la constipation, etc. Les réflexes rotuliens étaient toujours très exagérés et les réflexes cutanés abolis.

En poussant à fond le malade au sujet de la syphilis, il finit par m'avouer qu'il l'avait eue à 20 ans, à Marseille, qu'il avait suivi pendant plusieurs mois un traitement complet avec pilules, iodure, salsepareille, qu'il avait fait diverses cures à Luchon, une entre autres avant son mariage, « pour être bien propre, pour être bien sûr de ce qu'il faisait » et qu'à ce moment, le médecin qui l'avait examiné lui avait dit « qu'il pouvait y aller ». C'est encore là un de ces faits sur lesquels j'ai tant insisté et qui montrent combien la recherche de la syphilis dans la paralysie générale doit être faite avec insistance et ténacité pour aboutir à la vérité. Lorsqu'il s'agit surtout d'un diagnostic aussi délicat à poser que celui de paralysie générale ou de neurasthénie, on ne saurait attacher trop d'importance à la constatation de cet antécédent.

Le malade versa très rapidement, à dater de ce moment, dans la paralysie générale confirmée ; il présenta de l'excitation, du délire et finalement on dut l'interner.

J'arrive maintenant au dernier cas, celui qui m'a le plus embarrassé, car je n'ai pu, après trois mois d'un examen sérieux et suivi, arriver à me prononcer.

Observation. — F..., 26 ans, parisien, m'est adressé en février 1894, par mon collègue et ami le docteur W. Dubreuilh,

qu'il est allé consulter au sujet d'une syphilis remontant à huit ans environ. Cette syphilis, qui se serait accompagnée « d'aphtes dans la bouche et de chute de cheveux » est possible mais non certaine. En tout cas, le malade est surtout un neurasthénique hypocondriaque avec syphilophobie.

Il me raconte que, depuis quatre ans, il est sujet à de nombreux malaises, dont il m'a fait l'énumération suivante par écrit, mais sur ma demande : « Insomnie, perte de mémoire, extinction de voix, manque d'énergie, défaillances, vertiges causés principalement par les mouvements de la tête et du tronc, raideur et lourdeur des membres et des articulations, difficultés de flexion, douleurs de tête persistantes avec sensation de casque et de constriction, sorte de fièvre dans l'après-midi, énervement insupportable, troubles de la parole (difficulté à trouver les mots et à les prononcer), diminution de l'ouïe, de la vue surtout (brouillards, mouches volantes), marche défaillante, incertaine avec sensation de marcher sur du coton, mal de gorge constant, douleurs tibiales nocturnes, pertes séminales et diminution des érections malgré la cessation de tout excès, dilatation stomacale, flatulence, gaz. Un docteur que je consultai attribua tous ces phénomènes à l'estomac et me donna un régime dans ce sens, qui n'amena aucun résultat. Mais une certaine amélioration se produisit dès que, sur le conseil d'un ami, je fis usage d'iodure de potassium, 30 grammes pour 500 grammes d'eau distillée, 3 cuillerées par jour, cela depuis septembre 1893, époque où je me soumis à ce traitement, que j'ai d'ailleurs continué presque sans interruption jusqu'à la fin de février de cette année. »

Ce récit du malade montre surtout en lui un neurasthénique, ce que l'examen confirma en effet. Mais en même temps que les symptômes de neurasthénie, l'examen révéla d'autres symptômes, d'une appréciation plus délicate et plus difficile. Je constatai en effet chez lui une inégalité des pupilles avec dilatation plus grande à droite, diminution légère du réflexe lumineux et diminution plus marquée du réflexe de l'accommodation. Je constatai aussi du tremblement fibrillaire de la langue, s'éten-

dant manifestement à la lèvre supérieure et aux joues, de l'instabilité avec secousses latérales des doigts, de la vivacité dans les réflexes rotuliens avec diminution des réflexes cutanés, des mouvements fréquents et involontaires de dégustation, une hésitation de la parole très saisissable, enfin, un faciès spécial sans expression, avec effacement des plis naso-labiaux, et teint terreux. Du côté intellectuel, je notai de la diminution dans la mémoire, de l'hypocondrie, du découragement et à certains moments une tendance au tædium vitæ, presque au suicide, le malade se considérant comme « foutu », comme « flambé ».

En somme, le résultat de mon examen fut tel que je ne pus m'empêcher d'écrire en note de l'observation : Neurasthénie chez un syphilitique simple, ou neurasthénie début de paralysie générale ? Le diagnostic est très difficile.

Je m'attachai à ce malade et le suivis pendant près de trois mois dans un établissement hydrothérapique, jusqu'au moment où les circonstances le ramenèrent à Paris. Malgré des examens réitérés et attentifs, j'étais aussi peu avancé le dernier jour que le premier, et le malade partit sans que j'aie pu déterminer s'il s'agissait d'un simple neurasthénique ou d'un paralytique général au début. Depuis, j'ai cherché à savoir ce qu'il était devenu et j'ai essayé, sans pouvoir y parvenir, de me procurer son adresse. De sorte qu'à l'heure actuelle, je suis encore dans le doute à son endroit, et je n'aurai sans doute jamais la clef de ce diagnostic resté en suspens.

*
* *

Il est temps maintenant de conclure et de chercher à poser les bases d'un diagnostic qui apparaît, avec tant d'évidence, comme particulièrement difficile.

Je ne m'attarderai pas à discuter l'un après l'autre les divers éléments de distinction signalés par les auteurs. Ils peuvent avoir leur utilité et il est bon, par conséquent, de les avoir présents à l'esprit ; mais leur valeur clinique est inégale et les meilleurs d'entre eux ne suffisent pas toujours à déterminer la conviction. J'aime mieux donc résumer en quelques mots comment il me paraît bon de procéder, dans la pratique, en pré-

sence d'un état neurasthénique pouvant faire supposer un début de paralysie générale.

Lorsqu'un état neurasthénique de ce genre s'offre au praticien, le premier point à résoudre consiste dans la détermination exacte de son type clinique. S'il s'agit en effet, comme l'a vu Gross, d'une neurasthénie vraie, *constitutionnelle*, dont les racines et les premières manifestations remontent plus ou moins loin dans le passé et jusque dans la jeunesse, l'hypothèse d'une paralysie générale peut presque toujours être écartée. La paralysie générale n'aime pas le terrain névropathique et il est rare qu'elle se greffe sur des névroses essentielles, hystérie, épilepsie, neurasthénie. Assurément cela peut être, nous l'avons nous-même démontré, mais exceptionnellement ; de sorte que la constatation d'une neurasthénie franche, typique, originaire, doit être considérée comme une présomption des plus sérieuse contre l'existence ou l'imminence de la paralysie générale. Presque toujours il s'agit alors d'une simple phobie ayant pour objet la peur du ramollissement cérébral. Les malades, hommes ou femmes, ayant connu des individus atteints de méningo-encéphalite, effrayés eux-mêmes par leur épuisement neurasthénique, croient éprouver les mêmes symptômes. Ils viennent se plaindre qu'ils perdent la mémoire, l'intelligence, qu'ils n'ont plus d'idées, qu'ils tombent dans l'imbécillité, qu'ils ne trouvent plus leurs mots, qu'ils ont de l'embarras dans la parole, du tremblement des mains, de l'incertitude dans la marche, etc. Un examen superficiel pourrait seul faire méconnaître ces malades qui sont de purs neurasthéniques et à qui le réconfort moral du médecin rend chaque fois une appréciation plus exacte de leur état. Telle cette dame de 37 ans qui après sa première visite m'écrivait : « Je me suis imaginé aussi que j'avais un certain embarras de la langue (ce qui n'est pas), mais comme je suis hantée par l'idée que j'aurai une paralysie générale ou ramollissement du cerveau et que j'ai observé que l'embarras de la parole est un symptôme de cette maladie, je me figure parfois éprouver une certaine gêne à m'exprimer, mais je me suis rendu compte que cela n'est produit que par la crainte de cette maladie, qui a frappé mon imagination. »

Donc la neurasthénie vraie, constitutionnelle, permet, presque à coup sûr, d'éloigner l'idée de la paralysie générale.

C'est là un point très important, car il permet d'éliminer déjà un certain nombre de cas.

Restent les cas où la neurasthénie est *accidentelle* et survient, sans attaches antérieures, à l'époque de la vie où se développe habituellement la paralysie générale. Ici le diagnostic peut être très difficile.

On a dit que la neurasthénie prodromique de la paralysie générale n'était qu'un *état neurasthénique* ou *neurasthéniforme* et non une *neurasthénie vraie* et que là résidait l'élément principal de distinction. Si cela est et ce n'est pas certain, — car il n'y a peut-être pas de différence radicale, absolue, entre les états neurasthéniques et la neurasthénie — cela permet tout au plus de différencier la neurasthénie, début de paralysie générale, de la neurasthénie essentielle, diagnostic qui, comme nous venons de le voir, n'est pas en général des plus embarrassant. Mais cela ne saurait suffire à distinguer un état neurasthénique préparalytique d'un état neurasthénique également accidentel mais simple, puisque l'un et l'autre sont des états neurasthéniformes identiques. Comment, par exemple, séparer par leurs caractères symptômatiques un état neurasthénique parasyphilitique simple et un état neurasthénique parasyphilitique annonçant le début de la paralysie générale ? Evidemment, la chose est impossible, puisqu'il s'agit du même état.

On a dit aussi, entre autres choses, que le neurasthénique avait la peur du mal, sans l'avoir, tandis que le paralytique général avait le mal sans avoir la peur, ni même la conscience. Rien n'est plus exact si l'on parle du paralytique général avéré, plus ou moins avancé, mais il est question ici du paralytique général tout à fait au début, avant l'heure, de celui *de la veille et non du lendemain*. Or, à ce moment, le paralytique général peut parfaitement apercevoir le trou sombre qui s'ouvre devant lui, s'en effrayer et ressembler par là au neurasthénique atteint de phobie de la paralysie générale. Le fait n'est pas rare, tout le monde peut le constater et je l'ai déjà indiqué en ces termes dans

mon Manuel pratique des maladies mentales : « Psychiquement, le futur paralytique conserve toutes les apparences de l'intégrité intellectuelle la plus complète. Mais il sent, lui, que son énergie mentale diminue et décline lentement, que le travail lui est pénible, que sa mémoire a des défaillances, et que c'est le plus souvent par une espèce d'automatisme professionnel qu'il accomplit à peu près correctement sa tâche de chaque jour. Certains suivent avec anxiété le lent travail de désorganisation physique et psychique qui s'opère en eux, et c'est ainsi qu'absolument conscients de leur état et parfois même prescients de leur avenir, ils peuvent à ce moment annoncer leur paralysie générale future ou essayer de s'y soustraire par la mort. »

La base de la distinction n'est pas encore là : il faut donc chercher ailleurs. Pour ma part, je crois qu'étant donné les neurasthénies accidentelles, — que ces neurasthénies soient de véritables neurasthénies ou des états simplement neurasthéniques ou neurasthéniformes, — l'essentiel, au point de vue de la question qui nous occupe, est de séparer ceux qui succèdent à une infection et ceux qui sont dus à d'autres causes. Les premiers seuls, en effet, sont réellement importants à connaître dans l'espèce, car la paralysie générale, cela me paraît à peu près certain aujourd'hui, relevant toujours d'une infection, peut accompagner ou suivre tous les états neurasthéniques d'origine infectieuse.

Nous en arrivons ainsi à cette constatation que les états neurasthéniques dont le diagnostic avec la paralysie générale est vraiment difficile, sont uniquement les états neurasthéniques *infectieux*, ce qui limite le problème.

Cela étant, une distinction doit être faite entre les états neurasthéniques des *infections aiguës* et ceux des *infections chroniques*. Les infections aiguës, quelles qu'elles soient, mais l'influenza en particulier, donnent souvent lieu, dans leur convalescence, à des états de cérébrasthénie présentant plus ou moins complètement l'aspect de la paralysie générale. Ce qui les en distingue, c'est que, à la façon de toutes les pseudo-paralysies générales dues à de graves intoxications, le complexus de paralysie générale qu'ils présentent commence par la fin et suit une

marche à rebours de l'évolution classique, c'est-à-dire qu'il est *régressif* au lieu d'être *progressif*. Et cela se comprend puisqu'ils surviennent au moment où l'intoxication de l'organisme est à son maximum et qu'ils la suivent dans son atténuation habituelle. Malheureusement, dans certains cas, sans doute lorsque le cerveau a été trop profondément atteint, la régression n'est pas complète et le complexus paralytiforme, après s'être un instant amendé, reprend sa marche en avant. On est donc en droit de se demander s'il existe bien des pseudo-paralysies générales et si ce que nous appelons ainsi n'est pas de la vraie paralysie générale qui, suivant l'intensité et la durée de l'intoxication, aboutit ou n'aboutit pas définitivement. Selon l'opinion qu'on adopte, la neurasthénie post-infectieuse à forme paralytique deviendra soit une pseudo-paralysie générale neurasthénique, soit une paralysie générale, le plus souvent avortée. Dans le premier cas, le diagnostic se fera par le type régressif de l'évolution ; dans le second cas il n'a plus sa raison d'être, l'état neurasthénique faisant lui-même partie intégrante de la paralysie générale. Au fond, comme on le voit, il n'y a dans la question des pseudo-paralysies générales qu'une affaire de mots.

Les états neurasthéniques liés aux infections chroniques ont des rapports plus étroits encore avec la paralysie générale. C'est dire que de toutes les neurasthénies, celle de la *syphilis* est la plus près de la méningo-encéphalite chronique. Aussi, — je ne saurais trop insister sur ce point et je suis heureux que la plupart des auteurs cités plus haut l'aient également signalé — doit-on avant tout, lorsqu'on se trouve en présence d'un état neurasthénique accidentel, s'assurer s'il existe ou non de la syphilis. Si non, la paralysie générale peut être à peu près sûrement, je n'ose dire sûrement, écartée ; si oui, la difficulté commence et elle peut être très grande.

D'après mon expérience, les neurasthéniques syphilitiques, — je parle de la neurasthénie de la syphilis lente, de la neurasthénie parasyphilitique de Fournier et non de la neurasthénie des graves poussées syphilitiques, qui n'est autre qu'une neurasthénie infectieuse aiguë, analogue aux précédentes — les

neurasthéniques syphilitiques peuvent se diviser en deux classes : les neurasthéniques *nerveux*, les neurasthéniques *cérébraux*. Les premiers sont des nerveux de tempérament chez lesquels la syphilis vient simplement accuser, renforcer la névropathie. Ils ressemblent dès lors aux neurasthéniques d'origine, constitutionnels, et n'ont guère que l'image, l'apparence, mais surtout la peur de la paralysie générale, dont ils ne présentent aucun des symptômes essentiels. C'est à eux que s'applique, trait pour trait, la magistrale description du professeur Fournier. Les autres sont des cérébraux, c'est-à-dire des descendants de congestifs ou d'apoplectiques, chez lesquels la syphilis a créé également une neurasthénie, mais une neurasthénie particulière, plus cérébrale que nerveuse, s'accompagnant de symptômes nouveaux, troubles oculo-pupillaires, troubles de la parole, troubles des réflexes, etc.

Chez ceux-là, je crois qu'il ne faut pas s'amuser à faire un diagnostic, mais plutôt crier : « Gare à la paralysie générale ». Car s'ils peuvent s'améliorer, au besoin même guérir, ils peuvent aussi et cela n'arrive que trop fréquemment, finir par la paralysie générale. Leur neurasthénie, pour moi, n'est plus une simple névrose, mais bien le prélude, le premier terme de la paralysie générale ; c'est un *pont* jeté entre la syphilis, infection originaire, et la méningo-encéphalite terminale ; c'est une véritable période préparalytique, qui n'est pas encore la lésion organique, mais qui n'est déjà plus le trouble fonctionnel. On ne saurait donc trop faire attention aux états neurasthéniques se développant chez des syphilitiques cérébraux, surtout après les premières années de la syphilis et à l'âge moyen de la vie. Que la paralysie générale s'affirme ou non ultérieurement, on doit se dire qu'elle est menaçante, que l'état neurasthénique en est un véritable premier stade d'une durée parfois très longue, et qu'il faut agir en conséquence pour l'enrayer, s'il en est temps encore.

En résumé, dans le diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la paralysie générale au début, la première question à se poser est celle de savoir si la neurasthénie est la neurasthénie *constitutionnelle*, essentielle, ou une neurasthénie *accidentelle*,

récente. Dans le premier cas, l'hypothèse d'une paralysie générale est peu probable, elle est très possible dans le second.

S'il s'agit d'états neurasthéniques accidentels, il importe d'en rechercher la cause et de retenir, comme d'une distinction particulièrement délicate, ceux résultant d'une auto-intoxication ou d'une infection, *surtout de la syphilis*. Le diagnostic peut se faire, dans les infections aiguës, par ce fait que la neurasthénie paralytiforme commence par la fin et suit une marche régressive, et dans les infections chroniques, par le caractère, soit nerveux, soit cérébral plus grave de la neurasthénie.

Mais, il faut le reconnaître, beaucoup de ces cérébrasthénies infectieuses se rapprochent tellement de la paralysie générale par leur origine, par leurs symptômes et souvent par leur terminaison, qu'il n'y a pas lieu, semble-t-il, de les en distinguer d'une façon essentielle et qu'elles doivent être considérées comme des formes aiguës, atténuées, ou de début de la méningo-encéphalite chronique, à évolution variable, suivant l'intensité et la durée de l'infection. Dans ces cas, la neurasthénie serait un véritable commencement, susceptible d'arrêt, de paralysie générale.

M. GILBERT BALLET. — C'est période pré-paralytique à forme neurasthénique, et non neurasthénie vraie, qu'il faudrait dire. J'insiste sur un excellent signe fourni par l'examen des pupilles. Chez les paralytiques généraux, les pupilles ne réagissent point à la lumière. Ce signe ne se rencontre jamais dans la neurasthénie pure.

M. Charpentier fait quelques observations sur la variation dans l'inégalité des pupilles.

M. Vallon n'a jamais pu découvrir de corrélation entre l'évolution de la maladie, la forme du délire et la dimension d'une pupille par rapport à l'autre.

Dr XAVIER FRANCOTTE. — (Liège). — **Du sulfate de Duboisine comme moyen de combattre le refus des aliments chez les paralytiques généraux.**

Depuis plusieurs années, j'emploie, avec les meilleurs résultats, le sulfate de Duboisine comme calmant dans la plupart des états d'agitation chez les aliénés, et notamment chez les paralytiques généraux.

Suivant les besoins, je fais faire 1 à 3 injections d'un quart à un tiers de seringue de Pravaz d'une solution de sulfate de Duboisine à 4 ‰ dans les 24 heures.

En octobre dernier (1895), j'avais dans mon service un paralytique général, G. Théophile, né le 21 septembre 1859, entré à l'Asile le 4 octobre 1893. Il était arrivé à la dernière période de la maladie et présentait une agitation assez intense. Je lui prescrivis des injections de sulfate de Duboisine qui, chaque fois, ramenèrent le calme pour plusieurs heures. Bientôt à l'agitation vint se joindre le refus de la nourriture : le malade prétendait qu'on voulait l'empoisonner et opposait un refus absolu aux instances pressantes qu'on faisait pour le déterminer à se nourrir.

Or, à diverses reprises, on constata que sa résistance à l'alimentation cessait lorsque, quelque temps auparavant, une demi-heure ou une heure, il avait reçu une injection sous-cutanée de Duboisine.

La mort du malade, survenue le 19 octobre 1895, empêcha de continuer les expériences.

Je les repris au mois de décembre de la même année chez un autre paralytique général, le sieur K. Lambert, né le 3 mai 1854, entré à l'asile le 23 avril 1895.

Vers la mi-décembre 1895, le malade qui, jusque là, avait présenté un état d'expansion, des idées de grandeur, tombe dans une sorte de stupeur, demeurant absolument silencieux et inerte, les yeux fermés, les membres rigides.

Les bras, en particulier, sont comme contracturés ; les avant-bras et les doigts sont fléchis et le malade tient les poignets en

face l'un de l'autre. Depuis six jours, il refusait toute nourriture et présentait déjà un dépérissement marqué : me rappelant l'effet produit par la Duboisine dans le cas précédent, je résolus de l'essayer de nouveau chez ce malade. Le 7 janvier 1896, vers 11 heures et demie du matin, on lui fait une injection d'un milligramme de sulfate de Duboisine : au bout d'une demi-heure environ, le malade semble comme s'éveiller et consent à prendre une assez notable quantité d'un mélange de lait et de jaune d'œufs.

Le 8 janvier, l'état de stupeur s'est rétabli : à la suite d'une nouvelle injection d'un milligramme de Duboisine, les membres se relâchent, le sujet ouvre les yeux, il se met à parler et accepte les aliments qu'on lui présente. On continua ce traitement jusqu'au 28 janvier chaque jour avec le même résultat.

A cette époque, le malade a repris des forces et de l'embonpoint : il se nourrit spontanément et est de bonne humeur. Le 9 mars de cette année, K. retombe de nouveau dans le mutisme et l'immobilité, refuse toute nourriture. Les membres sont tout à fait raides trois jours de suite, on lui injecte un tiers de seringue de la solution de Duboisine à 4 0/00. Chaque fois, à la suite de l'injection, il consent à manger et presque pendant toute la journée, il circule parmi les autres malades, conversant avec eux. Ce n'est qu'à la soirée qu'il est repris de stupeur.

Le troisième jour, la stupeur disparaît définitivement et, depuis lors, il est resté dans le même état relativement normal.

J'ai encore essayé le sulfate de Duboisine chez deux autres paralytiques généraux.

L'un, le sieur S... âgé de 53 ans, entre à l'asile, le 19 avril 1896, présentant une vive agitation. Le 28 avril, il refuse presque complètement la nourriture : on lui fait avant le repas une injection d'un tiers de seringue de sulfate de Duboisine qui, chaque fois, amène le calme et fait tomber la résistance à l'alimentation.

A partir du 9 mai dernier, il se met à manger spontanément et a continué à le faire tout en restant assez agité. Le quatrième malade, O.., Jean, âgé de 40 ans est entré à l'asile

le 15 novembre 1892, présentant une forme expansive de la paralysie générale, Après des alternatives d'aggravation et de rémission, il semble arrivé à la période terminale. Vers le milieu du mois de mai dernier, il a présenté un état quasi stuporeux, restant silencieux, immobile et refusant absolument de manger. On lui fait une injection d'un quart de seringue de sulfate de Duboisine à $4 \frac{0}{00}$; après une demi-heure environ, il accepte la nourriture qu'on lui présente.

Il en est de même le lendemain et le surlendemain, sans qu'on ait besoin d'intervenir. Mais le troisième jour, il s'oppose de nouveau à l'alimentation. Une injection de Duboisine, cette fois encore, a raison de sa résistance qui n'a pas reparu dans la suite.

Sans vouloir formuler une appréciation définitive sur l'efficacité du sulfate de Duboisine contre la sitiophobie, il me sera permis de constater qu'elle a agi chez les quatre paralytiques généraux où je l'ai employée.

D'autre part, elle s'est montrée tout à fait inefficace dans deux autres cas de sitiophobie en dehors de la paralysie générale : le premier concernait un paranoïque (folie mystique), le second, une malade atteinte de folie puerpérale (forme de délire généralisé mélancolique). D'ailleurs, j'ai maintes fois constaté chez des aliénés agités autres que des paralytiques généraux que, lorsque pour les calmer on leur faisait une injection de Duboisine, vers le moment du repas, ils refusaient la nourriture, comme si l'injection leur avait coupé l'appétit.

Il semble donc que le sulfate de Duboisine exerce une action spéciale dans la sitiophobie des paralytiques généraux, que cette sitiophobie s'accompagne d'agitation ou, au contraire, de stupeur

Mais, je le répète, je me garde de formuler une conclusion définitive, et si je communique ces modestes observations, c'est dans l'espoir que mes confrères voudront bien les répéter et les contrôler.

Liège, le 31 juillet 1896.

Dr LUCIEN LAMACQ. — **Un cas d'équivalent clinique de la migraine.**

On a publié, dans ces dernières années, plusieurs cas d'équivalents cliniques de la migraine. Je ne crois pas que, jusqu'à présent du moins, on puisse tirer des conclusions bien nettes de ces équivalences et faire de la migraine une affection analogue à l'épilepsie, comme le voudrait M. Mabius, mais ces cas sont intéressants et pourront servir quelque jour, ce qui me décide à publier, sans plus de commentaires, les faits suivants.

1° M. le professeur Pitres a vu un homme migraineux depuis le jeune âge, chez lequel apparut un *tremblement sénile* au moment même où les migraines ont disparu.

2° Le second cas est relaté dans mon étude sur la névralgie de Morton (1). J'ai pu avoir quelques renseignements qui me permettent de complèter l'observation. J. Kl. 30 ans, clerc de notaire. Le grand-père paternel avait un caractère emporté. Père migraineux. Mère neurasthénique — J. Kl. est un neurasthénique migraineux. Atteint, depuis l'enfance, de névralgie métatarsienne antérieure.

L'accès douloureux du pied débute toujours le matin, quand l'enfant sort du lit et pose le pied à terre. — Dès cet instant ce n'est pas une véritable souffrance ; c'est une sensation vague, un malaise sourd, au niveau du quatrième orteil. Puis la douleur augmente peu à peu et atteint son maximum vers midi. Elle persiste toute la journée et ne disparaît que vers la fin de la nuit ; le lendemain matin, tout a disparu.

Quelques prodromes se montrent parfois la veille : le sujet fait son repas du soir avec un appétit inaccoutumé ; ou bien il rit à tout propros, contre son habitude ; il est plein d'entrain. Mais le sommeil devient lourd, entrecoupé de cauchemars ; le matin, au moment du lever, apparaît une sensation de fatigue intense puis enfin la douleur du pied. Ce n'est pas tout ; à

(1) LAMACQ *Rev. de Méd.* 1895 (obs. V.).

mesure que cette douleur augmente, J. Kl. éprouve une pesanteur de tête toute particulière : le travail intellectuel devient difficile, il y a une sensation de léger vertige qui empêche de fixer l'attention sur un travail un peu compliqué. Des nausées se montrent aussi, d'une façon constante, mais les vomissements ont toujours fait défaut. Pendant toute la journée, inappétence absolue, langue saburrale, état de somnolence.

Il est possible d'arrêter la crise douloureuse dès le début, il suffit pour cela que le malade prenne un bain de pied et alors, ce même sujet, qui était obligé de rester étendu, le pied nu, affligé de douleurs telles, que je l'ai vu pousser des cris, peut se lever, se chausser et sortir sans que le pied soit le moins du monde douloureux. Seuls les autres phénomènes persistent, bien qu'atténués. Mais, le lendemain matin, la migraine apparaît avec une régularité presque constante, elle remplace l'accès névralgique du pied arrêté dans son cours.

Quand la migraine apparaît seule, les prodromes sont les mêmes que pour la névralgie du pied ; excitation cérébrale la veille, souvent appétit inaccoutumé. Le matin, au réveil, J. Kl., après un sommeil entrecoupé de rêves pénibles, se réveille fatigué, maussade, la tête vague et lourde ; il sait qu'il va être souffrant toute la journée ; mais il serait bien en peine de dire s'il sera tourmenté par la migraine ou par la névralgie du pied. Bien entendu, il a des nausées, avec vomissements exceptionnels, innappétence absolue, somnolence. Cet état migraineux a exactement la même durée que la névralgie du pied ; apparue le matin, au lever, marquée alors par des phénomènes visuels tels que présence de petits nuages gris, mobiles, voilant en partie les objets, elle s'installe peu à peu et ne disparaît que le lendemain matin. Elle siège toujours à l'œil droit et au côté droit du crâne, mais la névralgie plantaire a toujours atteint le quatrième orteil du pied droit.

Les causes occasionnelles sont exactement les mêmes pour les deux phénomènes : fatigues ou contrariétés. Le lendemain d'un ennui un peu grave, J. Kl... est sûr d'avoir la migraine ou la névralgie du pied.

Je dois ajouter que j'ai appris incidemment qu'un jeune frère était épileptique. J'ai pu guérir le malade complètement par l'emploi du bromure à la dose d'un à deux grammes par jour. Son état neurasthénique avait disparu depuis longtemps déjà ; il ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Enfin, pour que la ressemblance soit complète, le mode de guérison a été le même pour les deux syndromes. — Autrefois, dès qu'ils avaient apparu, ils continuaient leur marche progressive sans aucun arrêt. Dès les premiers jours de l'emploi du bromure, J.-Kl... a pu observer des migraines au début : nuages gris, nausées, vertiges ; ces phénomènes disparaissaient au bout de quelques instants. Ou bien la sensation douloureuse du pied au lever, après avoir un peu augmenté, s'atténuait sans aucun traitement.

Remarques. — Les cas bien nets d'équivalents cliniques de la migraine ne sont pas nombreux. Presque toujours, il s'agit de l'apparition de la migraine quand un phénomène douloureux chronique disparaît, ou inversement. Mais peut-être, dans ces cas, l'équivalence clinique n'est-elle pas toujours indiscutable ? Chez une jeune fille très migraineuse, j'ai vu une migraine disparaître pendant un an à la suite d'une fièvre typhoïde ; on ne peut évidemment chercher d'équivalence entre les deux affections.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter au Congrès me semble à l'abri de ce reproche ; elle montre une équivalence si parfaite entre les deux phénomènes cliniques que je crois pouvoir dire que J. Kl... avait une migraine du pied.

Bibliographie

Lucien Lamacq. — Névralgie de Morton. Rev. de Méd. 1896.

Mabius.

Liveing. — Traité de la migraine (en anglais).

Adolf Bary. — Neur. Centr. bl. 1895, analysée in Rev. Neur. 1895, p. 326.

Dr LUCIEN LAMACQ. — **Deux cas de névralgie de Morton.**

Depuis le travail que j'ai publié dans la Revue de Médecine (1896), j'ai déjà pu observer deux nouveaux cas de névralgie métatarsienne antérieure de Morton.

J'ai vu d'abord une jeune femme de 28 ans, chez laquelle une douleur très vive a persisté au niveau des trois dernières articulations métatarso-phalangiennes du pied droit, mais pendant quelques jours seulement. Le pied n'est pas gonflé, la douleur est surtout vive au quatrième orteil, elle est exagérée par la pression latérale ; elle diminue beaucoup quand la chaussure est enlevée, mais elle ne disparaît pas complètement.

La voûte plantaire n'offre pas d'affaissement, ni de laxité anormale. La malade porte des souliers étroits et pointus. Elle a eu souvent des périodes douloureuses analogues, et j'apprends qu'elle est sujette à du rhumatisme musculaire, fréquent aussi chez la mère et chez un frère. Il est donc probable que la douleur de pied est d'origine diathésique. Elle disparaît très rapidement après quelques bains sulfureux.

Le second cas est aussi relatif à une jeune femme de 30 ans, mais celle-ci ne paraît pas avoir de diathèse arthritique marquée. Elle voit apparaître la douleur du pied subitement, sans aucun prodrome, même au repos. Le maximum douloureux siège au niveau du quatrième orteil. Pendant la crise douloureuse, le pied ne présente pas de gonflement. A l'état normal, si on presse le pied avec la main, même vivement, on ne provoque pas de douleur.

Mais chez cette malade, je trouve des symptômes nets de neurasthénie et c'est surtout le traitement de cette affection que je fais suivre, le traitement local ayant peu d'importance,

Pas de laxité de la voûte plantaire. — Pas d'hystérie.

Les deux observations montrent encore une fois que l'affection désignée en Angleterre sous le nom de maladie de Morton

englobe en réalité toute une série de cas différents où la névralgie est souvent plus apparente que réelle. Si, comme le prétend Morton, la névralgie était due à la compression des filets nerveux par la tête des métatarsiens, il est probable que la pression latérale du pied par la main provoquerait toujours cette douleur, phénomène que l'on n'observe pas dans le second de mes cas. Enfin dans le premier cas, l'origine diathésique de la douleur est indubitable.

Je ferai remarquer aussi que cette affection est loin d'être rare en France puisque j'ai pu en réunir un assez grand nombre d'observations en peu de temps, dès que mon attention a été attirée sur elle. Je n'ai pas encore rencontré de cas graves, ayant nécessité l'amputation de l'orteil, comme en ont décrit les Anglais.

Dr LAURENT. — **Du fumeur d'opium.**

Ayant eu l'occasion de vivre plusieurs années dans la société de fumeurs d'opium de différentes races, de souvent les interroger, de faire, seul ou avec des amis qui me confiaient leurs impressions, de nombreuses expériences, j'ai pensé qu'il serait intéressant de communiquer au congrès le résumé de mes observations et d'essayer de porter la lumière sur un point de psychologie morbide encore fort peu connu.

Le fumeur d'opium est aussi différent de celui qui l'avale que manger un cigare pourrait l'être de le fumer (1), aussi j'insiste sur ce point que je ne veux parler que du fumeur, ayant d'ailleurs peu de documents sur les opiophages, sujet sur

(1) La plupart des alcaloïdes, la morphine en particulier ne sont en effet que peu ou point volatils à 250° température ordinaire à laquelle l'opium bout et s'évapore dégageant la vapeur bleuâtre (vapeur et non fumée) que le fumeur absorbe. Cette vapeur est donc beaucoup moins toxique que l'opium lui-même, de plus elle n'est qu'une infime partie de la quantité employée, les résidus 95/00 au moins se condensent dans le fourneau et le tuyau de la pipe et sont d'autant plus riches en alcaloïdes qu'ils ont été plus souvent fumés.

Les indigènes pauvres qui avalent l'opium par économie estiment que la dose nécessaire en ce cas est 1/35 de la dose fumée.

lequel nous possédons d'ailleurs de nombreux travaux et autobiographies. Le fumeur est peu connu dans les littératures médicales française ou anglaise ; nous n'avons pu trouver que des descriptions fausses prises dans de beaux récits de voyageurs et consacrées par la tradition. Souvent même elles se contredisent, d'un côté le dictionnaire de Dechambre nous dit « qu'un fumeur émérite consomme par jour 3 gr. 60 d'extrait ». Pendant ce temps un médecin anglais de Singapoor affirme et répète qu'un de ses clients consommait par jour 243 grammes d'opium. A notre avis un gros fumeur fume de 20 à 40 grammes par jour et ne dépasse jamais 60 grammes.

L'opinion générale fait de l'opium un poison analogue à l'alcool, dans un livre pourtant très documenté sur les poisons psychiques, M. Legrain s'exprime ainsi : « *Opium*, nous n'en « dirons quelques mots que pour rappeler l'analogie frappante « qui existe entre les accidents dus à l'opium et à l'alcoolisme, « excitation cérébrale avec hallucinations et ivresse réelle, « inconscience des lieux et des temps, vivacité délirante de « l'imagination, état d'exhilaration et de bien-être, ivresse semi-« comateuse. » N'ayant jamais, sur des milliers de fumeurs constaté d'hallucinations, d'ivresse, de délire, encore moins de coma, nous essaierons d'exposer les faits en remettant les choses au point, tout en faisant ressortir les inconvénients de l'opium, déjà bien grands.

Nous aurons souvent occasion de mettre en parallèle avec l'opium le haschich, poison psychique très différent et mieux connu, mais dont l'étude connexe pourra mettre en relief certains points intéressants.

TROUBLES DE LA MÉMOIRE

L'opium agit sur l'intelligence dans tous ses modes et trouble profondément l'être psychique ; nous examinerons d'abord les troubles de la mémoire. Un fumeur interrogé répondra que l'opium lui a fait perdre la mémoire et d'autre part que lorsqu'il veut travailler il fume, la mémoire revenant alors et le travail étant facilité, c'est vrai. Le premier effet mental apparent

aux yeux du compagnon du fumeur est la plupart du temps une tendance très nette à la loquacité ; pour peu que le fumeur soit un peu causeur d'ordinaire, c'est une véritable logorrhée. Ce n'est d'ailleurs pas, comme dans l'ivresse ou certains délires, une suite de paroles et d'idées plus ou moins bien enchaînées, la conversation est la plupart du temps intéressante et bien enchaînée, il y a simplement hyperactivité de la mémoire et de l'association des idées, se traduisant par une abondance plus grande de mots prononcés plus rapidement. Puis la fatigue survient, assez tard, le fumeur tombe dans un état de rêvasserie que nous décrirons tout à l'heure, presque sans pensée, et il est naturel de considérer cet état de dépression comme dû au repos d'un centre fatigué, l'opium agirait sur le cerveau comme il agit sur le tube digestif.

Cette excitation ne dépasse jamais un certain degré, n'arrivant jamais à gêner le langage comme dans l'intoxication par le haschich. Là en effet l'idéation est tellement rapide qu'une phrase n'a pas eu le temps d'être prononcée que déjà dix idées ont surgi, l'arrêtant en son milieu, inhibées elles-mêmes par d'autres idées reconnues au vol et sitôt oubliées.

C'est même cette reconnaissance des moindres idées qui forme la particularité la plus remarquable de l'intoxication par le haschich. Un de mes camarades prenant du haschich avec moi me disait qu'il assistait à la dissociation de ses idées élémentaires, analysant ainsi en somme très finement ses impressions. Pour moi j'ai eu, à plusieurs reprises, l'impression bizarre que mes idées se présentaient à mes yeux cérébraux comme des globes lumineux qui portaient en eux leur désignation, je les reconnaissais au vol, aussi rapidement qu'ils se présentaient, ce n'était pas écrit, c'était reconnu, et dix idées surgissaient simultanément, reconnues aussitôt elles aussi pendant que cent autres se pressaient, effaçant les premières comme les fragments de verre d'un kaléidoscope en tournant l'instrument. Elles s'associaient, dérivaient devant moi les unes des autres, tout à coup l'une grossissait, c'était un mot, une phrase qui s'énonçait, et aussitôt la phrase était bredouillée, le premier

mot dit, parfois même avorté, étouffé par l'essaim sans cesse renouvelé des idées suivantes.

Pour quiconque a éprouvé les effets du haschich, cette description bien lente et bien pâle n'en peut donner qu'une idée affaiblie ; l'impression ressentie doit être celle de certains fous, les maniaques par exemple. Il me semblait à certains moments voir fonctionner mon cerveau, et mon idée dominante était que je pouvais étudier le mécanisme de la folie : « Je suis fou, ce sera transitoire », je me voyais déjà, moi médecin, en possession du secret de la folie.

A quels processus psychologiques peuvent être dus ces phénomènes, dans le haschich ou dans l'opium ? A deux, je crois ; le premier est une excitation démesurée de tous les centres de la mémoire qui, fonctionnant d'une façon déréglée, amènent une idéation déréglée aussi. Peut-on dire pourtant que le mécanisme de l'intelligence soit faussé ? Une machine trop chauffée, dont tous les rouages marchent avec la limite extrême de rapidité, que les appareils enregistreurs ne peuvent plus suivre, est-elle faussée pour cela ? Qui nous autorise à dire que le cerveau du maniaque ou du haschiché soit faussé ? Relativement oui, c'est-à-dire que nos organes, habitués à suivre et à desservir une idéation d'une rapidité normale ne peuvent suffire ni pour la mimique ni pour le langage articulé à l'expression des idées qui se pressent en foule, et de là l'incohérence. Mais supposons un homme normal ne prononçant dans un discours qu'une phrase sur dix avec les gestes correspondants, et les parlant extrêmement vite, nous aurons un langage, une mimique incohérents, absolument d'un maniaque ou d'un haschiché : ceux-ci pensent dix idées, dix phrases, n'en expriment qu'une, et naturellement tout est fou, quelque exact que puisse être leur raisonnement.

Mais cela n'est qu'une vue théorique. En réalité le cerveau est déséquilibré, certains centres fonctionnent moins vite que d'autres, sont inhabiles à les suivre, et la suite des idées est presque aussi douce pour le sujet lui-même que pour ceux qui l'entourent, bien qu'il y ait une part de vérité dans le fait que

l'idéation se produit plus rapidement que l'expression et que parfois des idées, des actes, en apparence incohérents, peuvent être liés entre eux par des raisonnements beaucoup plus sensés qu'ils ne le paraissent aux yeux de l'observateur.

Cette multiplicité des idées peut avoir aussi une deuxième cause. Après M. P. Janet, dans un travail que j'ai publié en 1892 sur les « variations pathologiques du champ de la conscience (1) », j'ai tenté de préciser, chez l'homme normal ou pathologique, la part réservée à l'idéation consciente, subconsciente ou inconsciente ainsi que le rôle joué par les mémoires correspondantes; le travail latent et la plupart du temps non suivi de fatigue de ces parties de l'esprit est nécessaire à son bon équilibre, et très importante demeure la part de toutes ces « pensées dont ne s'aperçoit point notre âme » suivant l'expression de Leibnitz, et dont procèdent souvent nos pensées conscientes et nos actes, résultats apparents d'un travail caché.

Dans l'intoxication par le haschich tout est conscient jusqu'aux moindres idées, la trame du raisonnement apparaît avec tous ses détails, nettement saisis par la conscience malgré l'extrême rapidité de ce phénomène de la « dissociation des idées élémentaires » suivant l'heureuse expression d'un intoxiqué, si précise que je ne puis trouver mieux.

Cette excitation de la mémoire, merveilleuse dans le haschich n'existe dans l'opium qu'à un degré beaucoup plus atténué, loin d'être exagérée au point d'en troubler la parole et les actes, elle n'aboutit, avons-nous dit, qu'à un simple bavardage, et même à une lucidité plus grande en apparence. La sensation d'effort pour se souvenir disparaît, les idées viennent facilement, s'enchaînent, s'appellent, et l'hypermnésie se manifeste surtout dans la multiplicité des incidents se groupant autour d'un fait principal.

Chez celui qui fume pour la première fois, ou qui dépasse un peu sa dose habituelle, on peut distinguer plusieurs périodes au point de vue psychique. La première d'excitation légère et

(1) Doin, éditeur, 1 vol., 180 p.

non sentie, puis d'excitation réelle ou tantôt de rêverie la plus curieuse, puis de sommeil la plupart du temps lourd et sans rêve, retardé par l'absorption du poison. Au réveil il y a sensation de fatigue, de lassitude générale, il semble qu'il faudra un grand effort pour se lever ; la tête est vide, avec légère constriction des pariétaux, mais cet état disparaît vite, quelques ablutions froides le font cesser rapidement. Chez les fumeurs habituels, la lassitude est plus marquée encore et habitue souvent à fumer le matin, coutume qui marque un degré assez avancé d'intoxication et donne en quelque sorte la mesure de la déchéance de la volonté. On peut être fumeur intermittent par plaisir, par raffinement de jouissance cérébrale, mais celui qui dès le matin ne peut se livrer à aucun travail sans l'influence de son excitant habituel l'est déjà par besoin. Dans la journée du débutant il ne reste qu'un peu de vide de l'esprit.

Reprenons l'étude de la période d'excitation. Nous ferons d'abord remarquer que cette facilité de l'intelligence ne dépasse jamais certaines limites et ne va pas au delà de celle que l'attention et la volonté pourraient déterminer chez un homme normal. Au point de vue de l'aspect extérieur le thébaïsé peut soit avoir absolument l'aspect d'un homme normal, parlant avec un peu de volubilité mais dont tous les raisonnements sont bien suivis ; la plupart du temps, il reste allongé, immobile, rêvant. Lorsque l'on entre dans une fumerie d'opium, on voit, allongés à côté de leurs instruments, des séries d'individus les uns préparant leurs pipes, les autres allongés, le regard vague ou les yeux fermés ; jamais de bruit, jamais de discussions, jamais d'actes violents ; nous sommes bien loin du délire bruyant à l'excès, dont certains auteurs ont parlé ; je n'ai partout vu que le silence et le calme.

Cette rêverie de l'opium lui est absolument particulière et nous ne pouvons la définir que par des termes qui semblent mal s'accorder. C'est une rêverie presque sans pensée, avec hypermnésie latente. Expliquons-nous : le fumeur étendu se trouve dans un véritable état d'euphorie, de bien-être. Il se trouve bien, sensation primitive qui n'est provoquée par aucune

pensée, aucune autre sensation. Si aucune cause d'excitation ne survient, il pense à peine, les idées flottent, très vagues, à peine reconnues par la conscience, si bien même qu'il arrive que si, voulant graver dans l'esprit une idée qui vient de plaire, on fait effort pour la formuler une seconde fois, elle a disparu. On a presque la sensation de tableaux grisâtres, vagues, ondulant devant l'esprit qui n'a pas la force de s'apercevoir nettement de ses pensées. Le mot stupeur semblerait définir cet état et pourtant, malgré le vide de l'esprit, il y a autre chose, car la stupeur est continue et dans le cas présent la moindre excitation suffit pour faire cesser cet état.

Parfois pourtant, dans cette agréable insomnie, une idée paraît à l'esprit, très simple ; la conscience s'en empare, la médite lentement, la retourne sous toutes ses faces sans jamais les approfondir ; s'il s'agit d'un travail à faire, d'un acte à accomplir, il paraît facile, d'une pensée, elle paraît bonne. Les choses sont vues sous leur meilleur aspect et, longuement, lentement, l'esprit ressasse la même idée, la revoyant cent fois de la même façon sans jamais s'en lasser, puis un incident survient, un bruit, l'idée de regarder l'heure, par exemple, qui coupe un instant la rêverie, et celle-ci reprend un instant après, sur la même idée ou sur une autre.

C'est bien là une rêverie presque sans pensée et pourtant le cerveau est tout près, à chaque instant, à manifester son hypermnésie. Sous l'influence de la volonté, parfois, un tableau peut se présenter à l'esprit ; mais l'effort psychique pur ne durera pas longtemps et l'on ne peut guère diriger sa rêverie ; quelques fumeurs prétendent pourtant qu'en choisissant, avant de fumer, le thème qu'ils désirent pour leur rêverie, celui-ci se présentera.

Quoi qu'il en soit, il semble pour manifester l'hypermnésie qu'il soit besoin d'une excitation par l'acte moteur (1), gra-

(1) L'un de nos amis nous disait que dans sa rêverie sans pensée il sentait son esprit bouillonner et travailler en lui, que la plume prise enlevait comme un voile. Un autre nous parlait de la parole accouchant l'idée. Nous citons ces expressions imagées comme peignant fort bien ce que nous voulons dire.

phique ou verbal. Causons avec cet individu étendu sans pensée et s'il a suffisamment fumé pour en être à la période d'excitation, nous verrons ses yeux s'animer et il nous répondra, en pleine possession de ses facultés. La mémoire est alors d'une neteté remarquable, la vision mentale des objets est plus nette, les souvenirs se présentent en foule et sans effort, les mots, les phrases viennent facilement et l'hyperexcitation de la mémoire est bien nette. Qu'au lieu de parler le fumeur veuille écrire, et les même phénomènes se produiront, les souvenirs se présenteront, la plume sera facile.

Les diverses mémoires auditive, visuelle, motrice sont toutes excitées. Il m'est même arrivé, au cours d'expériences faites sur l'opium, d'avoir des souvenirs auditifs, ce qui ne m'arrive jamais à l'état normal.

Il ne faudrait pourtant pas voir là une hypermnésie extraordinaire, il y a un coup de fouet donné à l'intelligence qui, sous l'influence de l'excitant cérébral, atteint son maximun de facilité, parfois même d'acuité, car la compréhension devient très nette et plusieurs fumeurs m'ont affirmé que, se trouvant au théâtre, ils avaient beaucoup plus de facilité pour dissocier les parties d'orchestre. Il en est de même pour tout, le travail est rendu plus facile aussi bien par le nombre et la vivacité des souvenirs que par l'acuité plus grande de l'intelligence. Nous voilà loin des romanciers, et même des auteurs sérieux décrivant le fumeur comme hébété, abruti dès qu'il s'est tant soit peu livré à sa passion, incapable de tout acte intellectuel.

Il n'y a pourtant là, en somme, qu'une excitation factice de l'intelligence, qu'un coup de fouet qui fait remonter à son niveau maximum ou même moyen un individu souvent amoindri par l'abus du poison. Au point de vue psychique, l'opium, comme tous les autres excitants, est mauvais ; sauf dans le cas où, pour une raison sérieuse, un individu ayant déjà fumé aurait besoin, à la suite d'une fatigue psychique, de retrouver ses forces pour quelques heures, il ne saurait être conseillé. Au point de vue de son action sur l'intelligence, il

est à redouter, au même titre que l'alcool et le tabac, un peu plus que le dernier, beaucoup moins que le premier.

Dans l'intoxication par le haschich, l'hypermnésie est beaucoup plus nette, bien qu'elle ne joue pas un grand rôle, étouffés que sont la plupart du temps les souvenirs, quelques nets et intenses qu'ils soient, par la multiplicité des sensations actuelles. Pourtant, ayant lu, avant de faire sur moi-même l'expérience du haschich, l'article que lui consacre M. Ch. Richet dans les « poisons de l'intelligence, » je voyais pendant la période d'excitation le livre, les lettres, je me le récitais par cœur pour me rassurer, avec une précision que je n'aurais pas eue à l'état de veille normale.

Où la différence se précise encore plus grande entre les deux toxiques, c'est dans les souvenirs postérieurs. Dans le haschich il y a plus tard une netteté inouïe du souvenir des faits accomplis, des phrases dites pendant la période d'excitation ; plusieurs mois après, les moindres détails sont encore très nets et pour mon compte personnel, au bout de plusieurs années j'ai le souvenir d'une nuit de haschich plus net que celui d'aucun des moments de mon existence. Le même fait, rare dans les délires toxiques, se retrouve chez les maniaques guéris, nouvelle analogie avec l'excitation maniaque du délire du haschich, qui n'est à nos yeux qu'une manie transitoire. Signalons ici en passant l'impression consécutive de terreur irraisonnée. Avec mes camarades, parlant des événements de la nuit, de nos hallucinations, nous étions heureux d'avoir fait cette expérience et pourtant nous nous sentions en proie à une terreur folle, sans motif, qui se compliquait parfois de la crainte de rester aliénés.

Dans le délire du haschich comme dans la plupart des délires toxiques, comme dans les délires infectieux, il y a, comme le fait remarquer M. Régis, contrôle du rêve par la conscience, ainsi que souvent dans le rêve proprement dit. Dans le cas particulier du haschich, j'ai pu vérifier cette assertion. Dans toute cette folie la raison persiste, le dédoublement est net, il y a le fou qui agit, pense, se remue, commet des actes incohérents, et la raison qui assiste à tout, impuissante presque toujours, mais répétant continuellement :

« Suis-je bête ! » j'ai dit impuissante presque toujours car une violente impression peut la faire prédominer, et je me rappelle, m'étant aperçu qu'un de mes camarades faisait du délire mélancolique, avoir été prendre et cacher un revolver dont je craignais qu'il se servît. Le souvenir si net de ces états hallucinatoires est sans doute dû à cette persistance du moi conscient, qui différencie nettement les délires toxiques ou analogues des délires somnambuliques ou vésaniques purs.

Dans l'opium, la mémoire aussi persiste des faits accomplis pendant la période d'excitation, mais elle est peu tenace, et cela nous amène à parler, après l'hypermnésie de l'opium, de l'amnésie dont il est cause, plus sérieuse et plus grave.

Cet état de rêverie sans pensée, particulier à l'opium, si voisin chronologiquement de l'hypermnésie, touche aussi, d'un autre côté, à l'amnésie, et si, sous l'influence du coup de fouet de l'intoxication aiguë, la mémoire se précise et l'esprit s'exalte, il n'en est pas moins vrai que l'effet capital de l'opium sur la mémoire et l'intelligence est leur affaiblissement progressif. Les faits accomplis sous l'influence de l'opium laissent peu de traces, les souvenirs même acquis antérieurement diminuent et le fumeur imprudent devient vite inférieur à lui-même.

Nous avons examiné l'excitation cérébrale dans les actes; voyons comment se comportera le cerveau du thébaïsé lorsque, en écoutant, en lisant ou en réfléchissant, il tente l'acquisition de nouvelles connaissances, et là peut-être trouverons-nous l'explication de l'amnésie signalée.

Si dans la conversation le thébaïsé ne joue pas un rôle actif, l'esprit sans cesse éperonné par l'idée, le mot à trouver, la distraction survient rapidement, si l'interlocuteur parle seul, que l'on écoute une leçon, un sermon, par exemple, les yeux deviennent vagues comme la pensée, le fumeur se trouve dans cet état d'euphorie sans pensée ou avec des pensées très simples, les phrases sont entendues, mais nullement comprises, les yeux peuvent se fermer sans qu'il y ait sommeil, puis, par un léger effort, on revient un instant à la leçon écoutée ; mais lorsque la dose fumée a été considérable ou qu'à l'opium

s'ajoute une cause de distraction adjuvante, la fatigue, par exemple, il est remarquable de voir le peu de puissance et de durée de l'attention, et avec quelle rapidité la non pensée revient, chassée bientôt encore par un effort d'attention, parfois une idée étrangère venant se représenter sans cesse à l'esprit, sans offrir jamais pourtant de caractère obsédant.

Lors même que l'attention, plus puissante, permettrait de suivre le sens des paroles entendues, il semblerait qu'il y aurait un certain degré d'amnésie continue. Le sens du discours est suivi, plus vaguement qu'à l'état normal, mais les mots disparaissent, ainsi que les détails. Même avec de la volonté il est très difficile de se rappeler rien de précis des paroles entendues, hors le sens général, et encore les quelques souvenirs restant sont peu profonds et s'effacent vite.

Dans la lecture, les phénomènes sont analogues lorsque la dose fumée a été un peu trop forte, quelques pages au plus sont lues et comprises, puis tout à coup il y a un moment d'arrêt bien net de l'intelligence, le fumeur retombe encore dans sa rêvasserie habituelle, et s'aperçoit que depuis un instant il n'est pas à sa lecture, une phrase n'a pas été comprise. Effort de volonté, l'esprit se fixe à nouveau et, parfois, tellement court est cet effort, la phrase n'est pas encore lue que l'on rêve encore ; on lutte, on gagne quelques paragraphes, vingt fois on recommence le même manège, puis le livre tombe et la rêverie s'installe en maîtresse, c'est encore là le non sommeil avec la pauvreté de la pensée caractéristique de l'opium.

Dans le travail mental pur, lorsque l'esprit veut s'abstraire en une réflexion, en un problème, c'est encore la même chose après quelques instants d'attention ; l'esprit flotte et lutte en vain pour se ressaisir. Ce qui caractérise en somme l'état du fumeur d'opium c'est une domination énorme de la puissance d'attention, une perte de la volonté qui la commande, coexistant avec une certaine facilité des actes et de la mémoire lorsque quelque excitation extérieure vient mettre en jeu celle-ci.

Quelques fumeurs, quelques personnes ayant la prétention de connaître l'opium, se basant sur cette hypermnésie relativement si peu importante, soutiennent que l'opium est le plus puissant des excitants cérébraux et pourrait aider dans l'accomplissement d'un travail important, la préparation d'un examen par exemple. Rien n'est moins exact, d'après ce que nous venons de dire, outre la difficulté plus grande du travail par suite de l'empiètement continuel de la rêverie, les pages difficilement apprises ne laisseraient que des traces peu durables dans la mémoire et ce serait bâtir sur le sable. Peut-être, grâce à lui, étant donné un fumeur non encore intoxiqué, ayant des connaissances sérieuses, celles-ci pourront-elles être plus facilement utilisées pour la rédaction d'un travail ou la réponse à un examen mais c'est tout, car si l'opium peut exciter la mémoire de *reproduction*, il ne peut que gêner et entraver la mémoire d'*acquisition*.

Ces souvenirs acquis sous l'influence de l'opium puis disparus de l'esprit ne se retrouvent même pas, ou du moins fort peu, sous l'influence d'une nouvelle intoxication thébaïque, et lorsque le fumeur cherche à s'analyser lui-même, il est frappé du vide de sa vie pendant l'intoxication. Les conversations sont agréables, le théâtre, la musique font plaisir, on peut même analyser finement ce plaisir, mais il n'en reste presque rien. Cet empiètement de la rêverie diminue en somme la période d'activité fonctionnelle du cerveau, aussi bien pour l'accumulation des sensations présentes que pour le rappel des souvenirs anciens, aussi arrive-t-il que ceux-ci, rappelés moins souvent, s'effacent aussi peu à peu. Fumer l'opium de façon régulière équivaut donc à diminuer volontairement le fonctionnement et la capacité de son intelligence au profit d'une satisfaction momentanée.

L'opium ressemble en cela à la plupart des toxiques de l'intelligence avec cette particularité pourtant que, pendant son action, l'intelligence est plus conservée qu'avec l'alcool ou les autres toxiques, au point que l'on a pu le dire poison plus intellectuel.

TROUBLES DIVERS DES SENS, DU CARACTÈRE, EFFETS PRODUITS SUR LE SOMMEIL, L'HYPNOSE.

L'étude des troubles de la mémoire chez le fumeur d'opium nous a conduit à parler en même temps de l'association des idées de la volonté et de l'attention ; il ne nous reste, pour compléter son étude psychique, qu'à signaler quelques points particuliers.

Il se produit une hypoesthésie générale de la peau, toutes les sensations sont émoussées, principalement la douleur aussi bien à la piqûre qu'à la torsion de la peau. Cette hypoesthésie atteint certainement les organes internes et c'est ainsi que la fumée d'opium calme les affections douloureuses aiguës, crampes d'estomac, coliques néphrétiques, etc. Son action est surtout remarquable sur la fatigue musculaire, qu'elle fait disparaître très rapidement, permettant soit un repos plus agréable, soit une nouvelle activité factice. Comme trouble de la sensibilité nous signalerons encore des démangeaisons tenaces mais n'amenant jamais de lésions de grattage et siégeant surtout au nez, aux lèvres, aux parties génitales, à la tête et généralement à tout le corps.

La sensation d'allongement du temps et de l'espace existe dans l'intoxication par le haschich et par l'opium, mais bien différente dans les deux cas. Dans le haschich elle est effrayante, il semble que des années s'écoulant en quelques minutes, on a la sensation d'infini, d'éternité, l'intoxiqué pense avec angoisse qu'il est fou depuis plusieurs siècles, les objets paraissent éloignés, il paraît que l'on ne réussira jamais à les atteindre, j'ai vu un intoxiqué considérer avec désespoir sa maison distante de cent mètres, disant qu'il ne pourrait jamais l'atteindre, puis le chemin fait, se demander depuis combien de temps il marchait. Dans l'opium je n'ai jamais rencontré bien nettement l'allongement de l'espace, et, quant à celui du temps, il ne se produit qu'au moment de la rêverie sans pensée et se borne à ce que, ayant fermé les yeux un quart d'heure, on croit qu'il s'est

passé une heure ; bien différent en son mécanisme de celui du haschich dû à la multiplicité des idées qui se sont succédées dans l'esprit en quelques instants.

Un fait remarquable, que nous n'osons pas ériger en loi car il faudrait de nombreuses expériences, mais que nous avons toujours rencontré, c'est l'impossibilité de l'hypnose dans l'intoxication aiguë même légère par la fumée d'opium. Jamais je n'ai pu la produire chez de nouveaux sujets et chez des hystériques manifestes, facilement hypnotisables en temps ordinaire, l'opium empêchait toute tentative. Deux sujets avaient des zones hypnogènes, celles-ci demeuraient inactives mais douloureuses, à plusieurs reprises j'ai constaté que cet effet de l'opium pouvait se prolonger pendant 48 heures.

Chez des sujets habitués à l'opium et n'ayant pris qu'une dose d'entretien j'ai plusieurs fois, au contraire, pu réussir à provoquer le sommeil ; chez d'autres, dans l'état de besoin, le sommeil est survenu rapidement, mais lourd, avec réponses difficiles, caractère irritable. Je dois dire que je n'ai que très rarement eu occasion d'opérer dans ces dernières conditions.

Dans le haschich, deux fois j'ai essayé de provoquer l'hypnose, sans succès.

L'opium, le haschich probablement agissent donc aussi nettement sur le sommeil provoqué que sur le sommeil normal, qu'ils retardent ou empêchent. N'est-ce point là un point d'analogie avec les maniaques et les neurasthéniques, catégories de malades extrêmement difficiles, sinon impossibles à endormir. Le pourquoi de cette non possibilité de l'hypnose n'a pas été dit, l'étude des délires toxiques nous en donne peut-être l'explication, impossibilité de l'attention due à la faiblesse de la volonté et à la pauvreté des idées dans la neurasthénie comme dans l'opium, à l'excès des idées qui se succèdent sans permettre à l'attention de se fixer dans la manie comme dans le haschich.

La suggestion à l'état de veille est possible chez le fumeur d'opium, sans grande différence avec l'état normal, peut-être plus facile ; chez le haschiché elle agit avec une amplitude extraordinaire sous toutes ses formes, suggestion directe ou

auto-suggestion. Nous en pourrions citer cent exemples et rien n'est plus curieux que la conversation de deux haschichés réagissant l'un sur l'autre, chacun exagérant les hallucinations racontées par son partenaire et les lui communiquant à son tour.

L'état de besoin du fumeur d'opium, ce que les Chinois appellent être guien, donne lieu à des phénomènes assez curieux. C'est un état de dépression irritable, le fumeur se couche, obligé d'abandonner tout travail, parfois le sommeil peut survenir, lourd, mais peu durable, puis le réveil se produit avec angoisse, brisement des membres, crampes, détente brusque des membres inférieurs, lassitude extrême, et le tout cède rapidement à l'absorption de quelques pipes.

Au point de vue moral l'opium offre ceci de particulier qu'il provoque très souvent ce que l'on pourrait appeler l'amnésie du mal. Sous son influence tout paraît agréable, facile, les relations se créent facilement et sont durables. Il supprime presque complètement la colère et les sentiments violents, donnant ainsi à celui qui en use une existence actuelle agréable et factice qui explique la rapidité avec laquelle la passion de l'opium s'est si rapidement répandue introduite depuis une soixantaine d'années seulement dans tout l'Orient, bien moins nocive en somme que celle de l'alcool dont elle est loin d'avoir les inconvénients, et nos pays occidentaux n'auraient rien à reprocher aux Orientaux, si, à notre contact ceux-ci ne versaient rapidement à l'alcool, qui se prépare actuellement à faire chez eux, sous forme d'absinthe frelatée ou d'alcool imbuvable, des ravages plus grands peut-être que l'opium, présent funeste de l'Angleterre.

Tout ce qui précède nous montre et il en est ainsi dans la réalité, que les troubles psychiques dus à l'opium sont totalement différents de ceux de l'alcool ; il n'y a jamais ivresse, la vie normale est possible à tout moment, à part de temps en temps un peu de loquacité ou des distractions inaccoutumées, le thébaïsé sous l'influence de son poison habituel ne se distingue en rien de l'individu normal. Jamais l'opium n'amène de titubation ni ne peut troubler la raison. Pourtant nous signalerons

quelquefois de l'étourdissement lorsque après avoir fumé beaucoup et rapidement on vient à se lever, mais cette sensation est passagère et parfois aussi, rarement, un peu d'incertitude dans la démarche, due à l'esprit, distrait et rêvassant, laisse aller la tête, quitte à la ressaisir au moindre heurt.

L'action de l'opium est, comme celle de tous les poisons psychiques, augmentée par les associations d'autres toxiques ou d'autres causes de dépression telles que la fatigue physique ou morale, la maladie en général, l'hystérie, la neurasthénie. Un fait remarquable pourtant et que j'ai eu maintes fois occasion de contrôler est l'action de l'opium dans la douleur ; prenons comme exemple les coliques néphrétiques. Si l'on se met à fumer la douleur s'endort peu à peu, se calme, s'arrête, et pendant ce temps quelle que soit la dose fumée, les effets psychiques habituels de l'opium ne se font pas sentir. Si la douleur arrêtée on continue de fumer, on les voit alors se produire, il en est comme si la quantité d'opium absorbée se divisait en deux parties, l'une neutralisant la douleur et neutralisée par elle, l'autre produisant son effet ordinaire.

ACTION SUR LES VOIES URINAIRES, DIGESTIVES. LA NUTRITION GÉNÉRALE.

Pour compléter cette étude de l'opium, nous dirons très rapidement un mot de son action sur la nutrition générale, les voies urinaires et digestives, et nous examinerons enfin le rôle qu'il peut jouer dans la médecine légale par les troubles de l'état mental qu'il provoque.

Le fumeur d'opium type, aux yeux du public, est un individu maigre, hâve, au teint terreux, les yeux creux et ternes dans l'état de besoin, brillants quand il a fumé. Cette description est exacte, mais seulement quand on l'applique aux fumeurs arrivés à la cachexie. Nous avons vu nombre de fumeurs gros, gras, bien portants en apparence et cette différence s'explique. L'opium est certainement un ralentissant de la nutrition et à ce titre devrait plutôt provoquer l'obésité, le régime restant le

même. Puis il faut distinguer entre celui qui fume chaque jour de 5 à 10 pipes et celui qui en consomme 150, tous les buveurs d'alcool ne sont pas alcooliques, tous les fumeurs ne sont pas opiomanes.

Mais chez le fumeur habituel l'appétit diminue et l'amaigrissement survient, parfois accompagné d'une bouffissure œdémateuse que l'on rencontre même chez les thébaïsés gras. Une autre cause d'épuisement est aussi la privation de sommeil; bien des fumeurs ne dorment que deux ou trois heures par nuit, le reste du temps se passe dans une somnolence lucide et fatigante sur le lit de camp, l'exercice est réduit à son minimum et dans ces conditions il n'est pas étonnant que ne mangeant pas, ne dormant pas, ne bougeant pas, l'organisme en soit profondément touché.

Cet état de cachexie met naturellement le fumeur en état de prédisposition morbide en lui ôtant toute force de résistance, il meurt généralement de dyssenterie, comme nous le verrons tout à l'heure, mais je ne crois pas que, pris à dose modérée, l'opium puisse, comme on l'a soutenu, prédisposer aux abcès du foie, au contraire, car il est le meilleur préventif et le meilleur traitement de la diarrhée et de la dyssenterie, causes ordinaires de l'infection hépatique, plus puissant fumé que sous forme de laudanum, et il semble aussi être un préservatif de la fièvre intermittente. Sydenham du moins lui reconnaissait cette qualité au point de dire que sans lui il renoncerait à faire de la médecine en pays paludéen.

Sur les voies urinaires l'opium agit d'abord comme le café en causant des envies d'uriner produites par une sensation de chatouillement du méat, mais si après avoir absorbé une certaine quantité de fumée on veut uriner, le muscle vésical ne se contracte pas immédiatement, les muscles abdominaux essaient de le suppléer, et plusieurs minutes souvent se passent en efforts, puis la vessie répond enfin, mais le jet est faible, intermittent et la vessie doit, je crois, mal se vider, ce fait est constant.

Sur le sens génital l'opium détermine une frigidité non pas absolue car l'érection se produit, mais relative car l'éjaculation est retardée, difficile sinon impossible et la sensation voluptueuse est très émoussée. Il est à remarquer d'ailleurs que dans la matière du rêve les idées érotiques n'entrent pour ainsi dire jamais en ligne de compte, bien que la femme y apparaisse souvent, mais seulement comme objet agréable et non lubrique. Ce fait m'a été certifié par tous les fumeurs que j'ai pu interroger à ce sujet.

Du côté des voies digestives, l'opium arrête presque instantanément le besoin de la défécation, même en cas de diarrhée légère les muscles défécateurs comme ceux de la vessie ne répondent pas à la volonté et ceux de l'abdomen se contractent souvent en vain. Par analogie avec la vessie et l'intestin, et étant donné son action immédiate, je me suis même demandé si la fumée d'opium n'agirait pas de même très rapidement sur les menaces d'avortement, ce qui est probable.

Cette paralysie des muscles lisses dure un certain temps, bientôt suivie d'une excitation d'autant plus vive que la paralysie a été plus complète et plus prolongée. La constipation des fumeurs n'est maintenue que par l'absorption répétée du toxique, rapidement remplacée par de la diarrhée colliquative si l'on dépasse de quelques heures le moment habituel de fumer. C'est même là, comme dans la morphinomanie, un des écueils du traitement, cette diarrhée étant probablement due, comme l'a dit M. Séglas, à l'élimination intestinale des alcaloïdes.

L'intestin du fumeur résiste fort bien, nous l'avons dit, aux infections multiples qui, dans les pays chauds, causent la diarrhée et la dyssenterie, tout au moins tant que le fumeur est encore vigoureux, mais chez les cachectiques, chez les pauvres avachis et paresseux, dénués au point de lécher des fonds de boîte d'opium, d'avaler des résidus infumables ou de faire bouillir des chiffons salis en essuyant les pipes, afin de ne rien perdre, la diarrhée s'établit un jour de privation ou comme complication d'une autre maladie, et se transforme bientôt en dyssenterie, mortelle presque toujours. C'est la fin de beau-

coup de Chinois et d'Annamites et dans les hôpitaux indigènes que j'ai eu occasion de diriger, j'en ai vu beaucoup ne se faire hospitaliser que pour mourir ainsi, attirés par l'espoir d'un cercueil.

Dans ces cas, le traitement est inutile, mais chez les fumeurs encore vigoureux et désirant se débarrasser de leur passion, j'ai plusieurs fois réussi à éviter la dyssenterie consécutive à la diarrhée normale et due, je crois, à une infection secondaire, en prescrivant le naphtol pendant la durée du traitement de l'opiomanie.

Contre la constipation opiniâtre des fumeurs impénitents, j'ai employé avec succès également les pilules d'extrait de belladone, excitant des fibres lisses intestinales, antidote local de l'opium, je n'oserai pourtant conseiller de généraliser ce moyen, craignant de voir le remède pire que le mal,

L'effet produit sur l'estomac, après le repas, est aussi une paralysie musculaire qui arrête complètement la digestion, les vomissements sont rares, même chez les fumeurs novices. Avant le repas, l'opium, surtout dans les pays chauds où l'inappétence est chose habituelle, peut chez le fumeur habitué produire par anesthésie de l'estomac une fausse sensation de faim qui fait manger davantage, heureux quand l'estomac garde assez de puissance pour digérer les aliments absorbés.

Médecine légale. La consommation de l'opium en Indo-Chine est surtout le fait des Chinois ; tous ou presque tous fument, beaucoup d'ailleurs ne s'en trouvent pas plus mal ; les Annamites, malgré le chiffre de leur population beaucoup plus grand, ne viennent qu'en seconde ligne, les Malais n'en usent pas, au moins sous la même forme, les Indiens se servent, paraît-il, de tabac opiacé, ce que je n'ai pu vérifier, chez les Cambodgiens ce vice est assez rare, malgré l'exemple donné par leur roi Norodom, fumeur émérite pour lequel la manufacture de Saïgon fabrique un opium de qualité spéciale. Les Européens doivent compter aussi pour une part importante dans la consommation de l'opium, d'autant qu'en général ils ne

fument que de l'opium pur, sans addition de résidus. Nombreux sont ceux qui consomment au moins 1 kil. par mois, et mon opinion est que plus de la moitié des fonctionnaires ou commerçants européens établis en Indo-Chine fument l'opium, ouvertement ou clandestinement.

On voit ainsi combien l'Indo-Chine est bien placée pour permettre l'étude de l'influence de l'opium sur un mélange de plusieurs nationalités et son retentissement sur la criminalité. Nous avons été longtemps chargé de la médecine légale auprès de plusieurs tribunaux et pourtant jamais, dans aucun crime, nous n'avons pu retrouver le facteur opium ; tous nos collègues interrogés nous ont donné la même conclusion, les indigènes pensent de même, et nous avons pu nous faire sur ce point une opinion presque absolue.

Cependant plusieurs auteurs ont parlé des crimes dus à l'opium dans l'Inde, en Malaisie, en faisant un facteur de criminalité analogue à l'opium chez nous, nier ce qu'ils avancent serait trop choquer les idées reçues, mais à notre connaissance l'opium fumé n'a jamais, ni dans l'état de besoin, ni dans l'excès d'absorption, été la cause directe ou indirecte d'un crime. Pourquoi en effet ce fumeur placide, calme, sans hallucinations, presque sans pensée, ou bien présentant cette amnésie du mal que nous avons décrite, se livrerait-il à ces fureurs de massacre que les Anglais ont appelé « to run a much » et dans lesquelles tuer le malheureux aliéné comme un chien enragé reste le seul moyen qu'on ait trouvé de s'en protéger.

Peut-être l'opium absorbé autrement que par fumerie donne-t-il d'autres délires, nous aurions plutôt tendance à les attribuer au haschich avec certains auteurs, sans pouvoir néanmoins asseoir notre opinion sur des faits précis.

La seule délinquance que nous ayons vue due à l'opium est le larcin timide dans le but de se procurer le poison favori.

La médecine légale se demande encore si l'opiomane peut à un moment donné tomber dans un degré d'inconscience tel qu'il puisse ne plus être responsable de ses actions. A notre avis non, dans ces larcins même dont nous venons de parler la responsa-

bilité est peut-être atténuée comme dans toutes les passions morbides, mais l'acte est volontaire et pourrait être empêché par la volonté. Quant à l'inconscience proprement dite je ne l'ai jamais vue se produire, presque tous les Chinois fument et pourtant sont des commerçants de premier ordre, chez eux l'opium est devenu un excitant nécessaire, analogue au café chez certains passionnés Européens. Dans certains cas l'opium fait parler, peut-être même divulguer ce qu'il eût mieux valu taire, mais peut-on déclarer irresponsables tous les bavards?

Il en résulte que jamais l'abus de l'opium ne pourrait être invoqué comme cause de nullité d'un acte, un testament par exemple, même chez le fumeur cachectique l'intelligence persiste assez pour que jamais il puisse être considéré comme privé de sa volonté et de sa raison.

L'opium, dirons-nous comme conclusion, poison de l'intelligence, présente tous les inconvénients de ces poisons, comme pour eux tous son abus contribue à dégrader et à dégénérer la race humaine, mais sa nocivité le classe loin derrière l'alcool et si par impossible son usage se trouvait remplacer tout à coup chez nous celui de ce dernier, le contingent de malades qu'il amènerait aux médecins aliénistes et neurologistes serait bien petit à côté de l'armée des victimes de l'alcool.

Cette question de l'opium est loin d'être épuisée ; pour la traiter à fond il faudrait un véritable ouvrage, mais je n'ai que trop abusé de votre attention, Messieurs, et ne puis que vous en remercier.

M. Arnaud m'ayant posé la question : « Dans le cas d'un « ancien fumeur, paludéen, éprouvant l'impression de déjà « vu, quelle est l'origine de cette impression, le paludisme ou « l'opium ? » Je n'ai pu que lui répondre qu'à mon avis je la croyais due à l'opium et causée par l'affaiblissement de la mémoire qui, effaçant les types, peut les généraliser mais sans pouvoir exprimer autre chose qu'une opinion sans preuve.

Après le congrès, ayant eu occasion d'interroger un fumeur, d'ailleurs d'une intelligence remarquable, j'ai trouvé qu'il

présentait le même phénomène : Toutes les personnes de son âge sur la physionomie desquelles son attention est attirée lui semblent être des camarades de promotion, il en reconnaît ainsi plusieurs par jour au point que toujours sur le qui vive, il ne parle jamais à quelqu'un qu'il croit reconnaître, et attend, faisant à peine de différence entre une connaissance véritable et les produits de cette sorte d'obsession.

Il attribue le fait à l'opium et l'explique en disant que, sortant d'une école à promotions très nombreuses, il a dû, par vue continuelle d'individus qu'il connaissait peu, se créer un certain nombre de types que, sous l'influence de l'opium, il applique sans précision, sur de vagues ressemblances.

Avant de me lever je désirerais pourtant vous dire un mot, un seul, sur les miracles de Tilly-sur-Seules où je viens d'avoir l'occasion de me rendre dernièrement. Au point de vue médical ils n'offrent rien de curieux, rien qui n'ait été vu cent fois, l'origine hystérique ou plutôt suggestive de ces hallucinations ne peut être mise en doute ; une enfant voit la Vierge, les sœurs s'en préoccupent mais ne la voient pas, d'autres enfants la voient, les sœurs cèdent à la contagion puis enfin une population crédule et même des visiteurs obsédés par l'idée de voir ou la persuasion qu'ils ne verront pas, obsession qui prédispose peut-être encore plus à la vision qu'une foi sincère.

Je voudrais seulement attirer votre attention sur deux points : le premier, c'est que la vision a été aperçue pour la première fois de loin par-dessus la vallée de la Seules, d'une fenêtre du pensionnat et dans un champ distant de 700 mètres environ. Les visionnaires s'étant transportés dans ce champ y virent alors la Vierge de près, l'hallucination étant restée fixe par rapport aux points de repère.

Le deuxième est l'état d'esprit de cette population qui accepte ces apparitions le plus naturellement du monde. Une sœur menant à la vision comme on mène à la promenade un bataillon de petites filles, me répondait, alors que je me transformais en catholique fervent et désireux de m'informer : « hier nous avons dit dix chapelets mais ce n'était sans doute pas assez ni dit avec

« assez de ferveur car la Vierge n'a pas paru ; alors nous avons « fait continuer et au quatrième chapelet elle a daigné nous « apparaître. »

Cette simplicité dans l'acceptation du surnaturel, cette disparition de l'esprit critique ressemble tellement à l'état d'esprit de ces hystériques qui acceptent n'importe quelle suggestion invraisemblable sans ressentir le besoin de la contrôler que nous n'avons pu résister au désir de la signaler à nouveau ici, bien qu'elle se retrouve dans toutes les histoires de suggestions miraculeuses.

Dr BOURNEVILLE. — **De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme.**

L'an dernier, à la session de Bordeaux de notre *Congrès*, nous vous avons entretenus de l'action de la glande thyroïde chez trois idiots ou imbéciles myxœdémateux. Nous avons continué l'emploi de la médication thyroïdienne chez deux de ces malades et chez deux autres du même groupe et, de plus, sur des idiots ou des imbéciles obèses ou atteints d'un arrêt de développement notable, mais n'atteignant pas le degré de nanisme que vous avez pu observer chez Bébé, le nain du roi Stanislas, que vous avez tous vu au Musée lorrain.

§ I. — Idiotie myxœdémateuse.

Obs. I. — Wa... (Augustine), née le 7 décembre 1875 (21 ans). Sa taille est demeurée stationnaire (88 cent.) du mois de mai 1888 au mois de janvier 1895. Sous l'influence d'un *premier traitement* par la glande thyroïde (31 mai-fin septembre 1895), la taille s'est élevée à 92 centim. — Soumise de nouveau à la glande thyroïde, du 6 janvier 1896 au 1er mai, (113 jours ; 54 gr. de glande thyroïde), la *taille* est montée de 93 centim. à 96 centim. — Le *poids* est descendu de 21 kg. 200 à 19 kg. 800. — Aucune action sur la *puberté*.

Obs. II. — Gang... (Marie), était âgée de 14 ans quand elle a été mise en traitement à la fin de mai 1895. Sa taille, qui n'avait pas changé depuis son admission en août 1894 (89 cent.) a augmenté de *six centimètres* en *quatre mois* (95 cent.). — Nouveau traitement du 4 janvier au 1er mai 1896 (75 jours ; 36 gr. de glande) : la *taille* atteint 1m 01 cent. — Le *poids* est descendu de 16 kg. 700 à 14 kg. 300, puis est remonté à 15 kg. 900. Aucune action sur la *puberté* (organes génitaux et glandes mammaires).

Obs. III. — Bor... (Lucie), est née le 14 décembre 1892. Elle a été en traitement du 18 janvier 1896 au 31 mai, puis du 1er au 31 juillet. Son *poids* qui était de 8 kg. 600 est descendu à 7 kg. 300 en 20 jours, s'est relevé à 8 kg. 400 en 34 jours, est redescendu à 8 kg., puis est remonté à 8 kg. 100, après 134 jours. Durant la suspension du mois de juin, le poids remonte à 9 kg. 100 et s'abaisse de nouveau d'un kilogramme durant la reprise du traitement en juillet. — B... a pris de la glande thyroïde pendant 75 jours, à la dose d'un demi-lobe, au total 36 gr.

La *taille* était, avant le traitement de 655 millim. ; elle s'est élevée à 750 millim., soit un accroissement de 95 millim. Selon Quetelet, chez les filles, la taille est de 854 millim, à 3 ans — âge de notre malade — et de 3 à 4 ans, l'augmentation est de 61 millim. Bor... en 6 mois a donc gagné plus du double de la croissance naturelle.

Obs. IV. — Krœ... est née le 15 juillet 1891. Le traitement a été le même : un demi-lobe de glande thyroïde du mouton tous les jours, puis tous les deux jours, en tout 77 jours et 37 gr. de glande.

Le *poids* a offert des oscillations analogues à celles de B... Il s'est abaissé de 12 kg. 500 à 10 kg. 500 et est remonté à 11 kg. 300 (fin juillet).

La *taille* qui était au début de 69 cent. est montée à 77 cent A l'état physiologique, la taille moyenne, à 4 ans, étant de 915 millim (Quetelet), Kr... avait donc 225 millim. au-dessous de la moyenne. L'accroissement de la taille ayant été de 8 cent. en *six mois*, et l'accroissement moyen normal étant (de 4 à 5

ans) de 5 cent. 9, Kr... a donc grandi plus du double de la croissance naturelle.

Dans ce groupe des *idiots myxœdémateux*, l'action de l'ingestion de la glande thyroïde sur la *taille* est tout à fait remarquable. Son action sur l'*obésité* est aussi très nette. Toutefois, au bout d'un certain temps, il y a une sorte d'arrêt suivi d'un retour vers l'augmentation du poids.

§ II. — Idiots obèses.

Obs. I. — Dri... est née le 16 août 1884.

Du mois de janvier 1894 au mois de juillet 1895 le *poids* s'était élevé de 26 kgr. à 28 kgr. 500 et la taille de 1 m. 07 à 1 m. 08 seulement.

Du 23 juillet au 5 novembre 1895, la malade a ingéré un demi-lobe de glande thyroïde tous les deux jours; puis du 9 octobre au 4 novembre un demi-lobe tous les jours. Voici quelles ont été les modifications de la taille et du poids :

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
23 juillet	1 m. 08	29 k.
2 août	»	28 k.
10 »	»	27 k. 700
17 »	1 m. 12	27 k. 500
1er sept.	»	27 k. 500
7 »	»	27 k. 400
14 »	»	27 k. 400
21 »	»	27 k. 200
28 »	1 m. 13	27 k.
5 octobre	»	27 k.
12 »	»	27 k.
19 »	»	27 k.
26 »	»	26 k.
2 novembre	»	26 k. 350
9 »	»	25 k. 700

A partir de ce jour le traitement a été complètement supprimé.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
16 novembre	»	25 k. 700
23 »	»	26 k. 200
30 »	»	26 k. 200
19 décembre	»	27 k. 250
10 janvier 1896	1 m. 14	28 k.

La taille a augmenté de six centimètres en moins de cinq mois. — La circonférence du cou et celle du ventre ont subi les modifications suivantes :

	Cou.	*Abdomen.*
23 juillet	30 cent.	72 cent.
17 août	28 »	69 »
29 septembre	28 »	69 »
12 octobre	28 »	68 »
15 novembre	28 »	65 »
10 janvier 1896	28 »	70 »

Du 23 juillet au 5 novembre 1895 Dri... a pris pendant 68 jours un demi-lobe de glande thyroïde.

Second traitement du 4 janvier au 1er juin 1896 (149 jours; 71 gr. de glande). Le *poids* qui était de 27 kg. 500 est descendu à 23 kg. 500. — La *taille* s'est élevée de 1m 13 à 1m 165.

Obs. II. — Lat... est née le 9 janvier 1881.

Traitement du 4 janvier au 1er juin (130 jours; 72 gr. de glande). Le *poids* était de 41 kg., il est descendu à 40 kg. (mars), est remonté à 43 kg. 900, et est redescendu à 41 kg. 900. — La *taille* est montée de 1m 36 à 1m 395.

Obs. III. — Thom... est née le 12 avril 1884.

Sa *taille* était montée de septembre 1893 à juillet 1895 de 1m 17 à 1m 20. Le premier traitement, commencé le 5 juillet 1895, a été continué jusqu'au 4 novembre : un demi-lobe tous les jours jusqu'au 5 novembre, soit 74 jours.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
5 juillet	1 m. 20	31 k.
12 »	»	30 k. 700
14 »	»	30 k. 700

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
27 »	»	30 k. 500
3 août	»	30 k. 200
10 »	»	30 k. 500
17 »	»	30 k. 500
24 »	»	30 k. 500
31 »	»	30 k. 500
7 septembre	»	30 k. 450
14 »	»	30 k. 450
21 »	»	29 k. 500
28 »	»	29 k. 500
5 octobre	»	29 k. 250
12 »	»	29 k. 400
19 »	1 m. 21	29 k. 150
26 »	»	29 k. 200
2 novembre	»	29 k. 500

Le traitement est suspendu le 5 novembre.

9 novembre	1 m. 21	29 k. 450
15 »	1 m. 22	29 k. 500
23 »	»	30 k. 500
30 »	»	30 k. 500
19 décembre	1 m. 23	32 k.
10 janvier 1896	1 m. 235	34 k.

Nous avons vu, d'après le premier tableau, que l'*obésité* avait diminué depuis l'entrée (septembre 1893) jusqu'au mois de juillet 1895, ce qui est peut-être dû à la gymnastique, à l'hydrothérapie et à l'élixir polybromuré. L'ingestion de glande thyroïde a eu d'abord pour effet de diminuer le *poids* de 31 kg. à 29 kg. 150, soit 1 kg. 850; puis dans les 15 derniers jours du traitement le poids a commencé à se relever (29 kg. 500), et l'augmentation est allée en augmentant jusqu'à 31 kg.

Quant à la *taille*, elle s'est accrue de 3 centimètres de septembre 1893 à janvier 1895 et est restée stationnaire depuis cette époque jusqu'au début du second traitement. Sous l'influence de celui-ci, en six mois, la taille a gagné trois

centimètres. Le tableau fait voir aussi que la croissance a continué puisque, à la date du 10 janvier de cette année, elle atteignait le chiffre de 1 m. 235 millimètres.

Second traitement du 4 janvier au 1er juin 1896 (87 jours; 42 gr. de glande). — Le *poids* est descendu de 33 kg. à 30 kg. 500 et est remonté à 33 kg. 500. — La *taille* était de 1m 235, elle est montée à 1m 26.

Les résultats ont été à peu près analogues à ceux qu'on avait enregistrés durant le premier traitement.

§ III. — Idiots et imbéciles avec arrêt de développement ou nanisme.

Obs. I. — Carl... est née le 17 avril 1881 (15 ans).

En 1892	sa *taille*	croit	d'un	centimètre.
En 1893	—		de 2	centimètres.
En 1894	—		de 2	—
En 1895	—		de 2	—

Médication thyroïdienne du 4 janvier au 1er juin 1896, soit *cinq mois*, sa *taille* augmente de *trois centimètres*. Reprise du traitement du 1er au 31 juillet : C... gagne un centimètre, au total 4 centim. — Le *poids* est tombé de 30 kg. à 29, puis est remonté à 31 kg. — 135 jours de traitement ; 65 gr. de glande.

Tandis que en 1893, 1894 et 1895, la taille ne s'était accrue que de *deux centimètres*, chaque année, pendant les *six premiers mois* de 1896, elle a augmenté de QUATRE CENTIMÈTRES, c'est-à-dire du double en moitié moins de temps.

Obs. II. — Cros... (Georges-Antoine), est né le 19 mars 1873. Traitement du 1er janvier au 31 juillet 1896. — Le *poids*, qui était de 42 kg. 500, est descendu à 41 kg. 700 (juin 1896), après être arrivé à 43 kg. 500 (25 janvier). — La *taille* qui était de 1m 45 s'est élevée seulement de 1m 46. — 182 jours; 82 gr. de glande.

L'accroissement a été très faible dans ce cas. Mais il faut se souvenir que le malade a 23 ans et que depuis le mois de janvier 1893 jusqu'au mois correspondant de 1896, c'est-à-dire pendant TROIS ANS, la taille était demeurée stationnaire (1 m 45).

Obs. III. — Vaill... (Gabriel-Eugène) est né le 2 mars 1880. Traitement du 1er janvier au 31 juillet 1896. — Le *poids* qui était de 32 kg., est descendu à 29 kg., puis est remonté à 37 kg. 900 (fin de juillet). — La *taille* qui était à 1m 27 s'est élevée à 1m 29. — 182 jours; 87 gr. 55 de glande.

Obs. IV. — Gautr... (Louis), né le 17 septembre 1872. Traitement du 8 février au 30 juin. (Tablettes de glande thyroïde, une pendant 25 jours; 2 jusqu'à la fin). — 143 jours; 9 gr. 30 en tablettes.

Le *poids* qui était de 35 kg. 900, est monté à 37 kg. 500 au bout de 8 jours, puis est redescendu à 35 kg. 400 (21 mai). — La *taille* qui était de 1m 40 s'est élevée à 1m 435.

Obs. V. — Delcam... (Léandre), née le 7 octobre 1873. (Glande thyroïde de mouton). — 150 jours; 72 gr. de glande.

Le *poids* qui était de 37 kg. est monté à 38 kg. 980, puis est redescendu à 37 kg. — La *taille* qui était de 1m 425 s'est élevée à 1m 455.

Obs. VI. — Quêm... (Émile), né le 29 janvier 1878. Traitement du 8 février 1896 au 30 juin. Tablettes de glande thyroïde, une pendant 25 et 2 jusqu'à la fin, en tout 143 jours et 9 gr. 30 de glande en tablettes.

Le *poids* qui était de 26 kg. 700, est descendu à 25 kg. 500 (29 mai), il est remonté à 37 kg. 500 (30 juin).

La *taille*, qui était de 1 32, s'est élevée à 1m 35.

Obs. VII. — Sienkew... (Stanislas-Jean), né le 2 juillet 1877). Traitement du 1er janvier 1896 au 30 juin. (Glande thyroïde du mouton). — 182 jours; 88 gr. 50.

Le *poids* qui était de 32 kg. 900 est descendu à 27 kg. 700 (29 février), il est remonté à 31 kg. 150 (30 juin).

La *taille* qui était de 1m 47 s'est élevée à 1m 49.

Obs. VIII. — Barb... 18 ans. Hystérie; nanisme. 70 jours de traitement par les capsules de thyroïdine. Sa *taille* stationnaire à 1m43 du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1896, n'a gagné que *cinq millimètres* durant le traitement.

§ IV. — Considérations générales. — Conclusions.

Pour chacun de nos malades, nous avons fait faire les *graphiques* que vous avez devant vous. Les *carrés verts* indiquent les jours où les malades ont pris le médicament ; — la *ligne rouge* correspond à la *température ;* — la *ligne bleue* au *poids;* — la *ligne jaune* à la *taille*. Ces graphiques résument bien l'action de la glande thyroïde, médicament qu'il importe de surveiller avec le plus grand soin : à ce point de vue la *température* CENTRALE rend d'incontestables services.

La *médication thyroïdienne*, chez les *idiots myxœdémateux*, facilite, rend plus fructueux d'une façon indubitable, le *traitement médico-pédagogique*. Aussi n'hésitons-nous pas à la mettre à contribution comme nous sommes disposé à le faire pour toute autre intervention thérapeutique, médicale ou non, comme nous le ferions pour la *craniectomie* si l'anatomie pathologique et les résultats négatifs de l'opération que nous constatons chez les craniectomisés ne fournissaient des arguments péremptoires contre toute intervention chirurgicale dans l'immense majorité des cas.

Des détails que nous vous avons donnés, des graphiques que vous voyez, ressort, Messieurs, avec une grande netteté, selon nous, l'action de la glande thyroïde sur la *nutrition*, en particulier sur la *croissance* et sur l'*obésité* (1).

(1) Dans nos précédents travaux sur le *myxœdème infantile* depuis les communications que nous avons faites à l'*Association française* pour l'*Avancement des sciences*, en 1889, au *Congrès des aliénistes* de Rouen, en 1890, au *Congrès* de Bordeaux, à la *Société de Biologie* (18 janvier 1896), etc., nous avons donné des indications bibliographiques nombreuses. — Voir aussi ; Boullenger (F.), *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance*, Th. de Paris, 1896. — Flourens (A.), *Etude sur la médication thyroïdienne*, Bordeaux, 1896. — Schlesinger, *Revue médicale* de Louvain, 1896, p. 493, etc.

Dr Al. PARIS. — **La paralysie générale progressive existe-t-elle comme entité morbide ?**

Paralysie générale ou phase paralytiforme ou paralytique d'intoxication.

Comme notre sympathique collègue de Villejuif, M. le Docteur Vallon, et en même temps que lui, nous terminions, en 1892, un mémoire sur la période paralytiforme de l'alcoolisme et du saturnisme par cette conclusion qu'il n'y a pas lieu de détacher et d'isoler sous le nom de pseudo-paralysie générale une phase de l'intoxication saturnine ou de l'intoxication alcoolique. Nous avons montré les avantages qui résultent de la restitution de ces phases appelées indûment « pseudo-paralysies générales » aux affections d'origine toxique dont elles ne sont que symptômes d'une période.

Eh bien, je crois qu'il est encore beaucoup d'autres intoxications qui peuvent conduire à un état paralytiforme susceptible d'entraîner une erreur de diagnostic, si l'on ne connaît pas très bien les antécédents du malade et si l'on ne prête pas une attention suffisante aux symptômes de second plan, c'est-à-dire moins apparents, aux prodromes, à leur durée, à la marche et à l'évolution symptomatiques.

C'est ainsi que l'on a pu voir des paralysies générales, en apparence très nettes, perdre peu à peu leur symptomatologie somatique, sembler rétrograder jusqu'à ne laisser qu'une diminution du niveau intellectuel ou, en cas de terminaison moins favorable, que de la démence simple.

Tel est, par exemple, le cas de cette personne dont je vais vous donner l'observation sommaire :

Née en 1843, Maria Ter, dont les antécédents, héréditaires et autres, sont bons, a toujours été bien portante jusqu'à la guerre de 1870. Elle exerçait alors la profession de blanchisseuse, repasseuse, à Paris ; elle eut beaucoup à souffrir et à peiner pendant le siège ; elle eut même faim. Elle fut traitée

dans le service de M. le Professeur Jaccoud pour une anémie profonde.

Quelque temps après, elle vint à Nancy comme demoiselle de magasin et repasseuse.

En 1877, elle retomba dans le même état anémique que lors du siège de Paris et, à partir de cette époque, les facultés intellectuelles parurent baisser de jour en jour.

En 1878, à la suite d'une violente émotion causée par la mort de sa mère, elle eut une attaque de nerfs, puis une seconde trois mois après, suivie elle-même d'une troisième cinq mois après ; la dernière fut moins violente que les deux autres. Ces crises dont la *durée était d'une heure au moins*, ont éclaté toutes trois le matin au moment du lever ; elles étaient caractérisées par une perte complète de connaissance avec convulsions telles qu'il fallait plusieurs personnes pour maintenir la malade, par du trismus, par une anesthésie cutanée complète.

Les bords de la langue étaient déchirés et une écume sanguinolente s'échappait de la bouche ; il y avait relâchement complet des sphincters anal et vésical (dossier).

A partir de la dernière attaque, Marie Ter est restée dans un état de stupidité presque continuelle ; elle passait des journées entières assise, ne proférant pas une parole.

En dehors de ces crises, on a remarqué cependant que la malade était sujette à des variations périodiques de caractère, de huit en huit jours ; elle devenait parfois difficile, acariâtre, et, le lendemain matin, elle se levait abattue, fatiguée, la langue mordue, le lit souillé.

Elle entra dans le service le 5 janvier 1879, elle était pâle, chlorotique ; elle avait bien l'aspect de la chlorotique typique ; la parole était embarrassée, les réponses lentes, tremblées, incohérentes lorsque l'attention n'était pas soutenue par des questions fréquentes ; la mémoire était profondément atteinte, surtout la mémoire des faits récents ; toutes les facultés étaient affaiblies. La malade racontait cependant qu'elle avait depuis longtemps des vertiges, des éblouissements, principalement le soir, lorsqu'elle était un peu fatiguée.

Les pupilles étaient contractées, presque ponctiformes ; du reste il y a de l'albinisme chez cette femme.

Notre prédécesseur, dans le service de qui nous étions alors interne, délivra le certificat de vingt-quatre heures suivant : « La nommée Ter... se trouve actuellement dans un état de stupidité complète et présentant toutes les apparences de la démence D'après les renseignements fournis par la personne qui l'a amenée, cette malade serait atteinte d'épilepsie, mais depuis son entrée à l'asile, aucun accès n'a été constaté, un embarras de la parole avec tremblement prononcé semble dénoter le développement d'une paralysie générale, mais une observation plus prolongée est nécessaire. »

Une note, en date du 14 janvier 1879, est ainsi conçue : « Mademoiselle Ter présente tous les symptômes de la paralysie générale à la dernière période. Elle est gâteuse, peut à peine parler, paraît déjà tombée en démence. Le pronostic est très grave et il y a lieu de croire que l'existence de la malade ne se prolongera plus longtemps. » On signalait de l'inégalité des pupilles.

Dans le certificat de quinzaine, nous trouvons le diagnostic « Démence paralytique ».

Voici une note consignée par nous-même en février 1879 : « Alternatives de calme et d'agitation. Parfois refus des aliments craintes d'empoisonnement. Idées de satisfaction. Perte partielle de la mémoire, ne se rappelle plus rien de ce qui s'est passé dans ces dernières semaines, mais a parfaitement conservé le souvenir de faits anciens ; lorsque nous lui demandons depuis combien de temps elle ne nous a pas vu, elle répond invariablement « un mois ou deux » et cependant nous l'interrogeons chaque jour. — Gâteuse. »

Fin février ou premières semaines de mars : Quelques convulsions épileptiformes et congestions signalées dans ce certificat.

Du 17 mars : « Est atteinte de paralysie générale caractérisée par un affaiblissement intellectuel progressif, des idées incohérentes de satisfaction, des accès épileptiformes, des con-

gestions sous l'influence desquelles elle s'excite, devient loquace, parle de son mariage avec le Maire de Nancy, etc. »

24 *mars* 1879 : Congestion cérébrale. Etat comateux.

Du 25 *mars au* 29 *mars* 1879 : Embarras gastrique, vomissements de tous aliments ; fièvre. La malade manifeste souvent des craintes d'empoisonnement.

Note du 7 *mai* 1879 : Vomissements, alimentation ordinairement difficile en raison des craintes d'empoisonnement.

Juin : Beaucoup plus calme qu'autrefois, s'occupe à quelques petits travaux d'aiguille et n'est plus gâteuse. L'état général est meilleur. Même état de la mémoire. Même satisfaction puérile.

Décembre 1879 : Même état.

9 *mars* 1880 : Congestion cérébrale qui se dissipe en 24 heures et laisse l'état mental antérieur, avec un peu plus d'affaissement intellectuel peut-être.

A la date du 20 *juin* 1880, nous trouvons mentionnés des accidents qui semblent accuser une nouvelle poussée congestive.

En juillet, l'état de rémission relative noté plus haut est de nouveau signalée. Il se maintient jusqu'au 9 décembre 1882 ; jusqu'à ce moment on ne remarque que de l'affaiblissement intellectuel avec perte de la mémoire des faits récents, raisonnement enfantin, satisfaction personnelle et docilité enfantines, pleurs ou rires faciles, les signes somatiques sont à peine apparents. Marie Ter s'occupe assez régulièrement, à la condition d'être dirigée, bien entendu.

Le 9 *décembre* 1882 : Congestion cérébrale au moment du lever ; 36 heures après, la malade est remise.

Des congestions de courte durée se reproduisent ainsi plus tard à intervalles plus ou moins longs, parfois de plusieurs années, mais les troubles somatiques tels que : embarras et tremblement de la parole, inégalité des pupilles, etc., ne reparaissent pas. Toutefois la malade présente toujours un état de débilité mentale absolument analogue à celui des paralysés généraux donnés comme types en demi rémission et nous retrouvons pendant des années cette note : « Paralysie générale. Rémission. Poussées congestives à longs intervalles », puis : « Affaiblissement intellectuel tendant à la démence. »

Aujourd'hui, la mémoire des faits récents fait défaut, celle des faits anciens est souvent en défaut, la malade est toujours satisfaite, puérile, se trouve bien partout, est contente d'elle-même ; elle présente encore de la sensiblerie enfantine (pleurs ou rires enfantins) ; elle s'occupe assez régulièrement. Elle touche à la démence. En l'examinant attentivement, on trouve la plupart des *symptômes mentaux* de la fin de la seconde période de la paralysie générale proprement dite.

De temps en temps se produit encore de la congestion cérébrale, mais de courte durée.

En somme, il ne peut pas être question dans ce cas d'épilepsie vraie, mais simplement de convulsions épileptiformes, auxquelles ont succédé plus tard de simples poussées congestives. On ne peut pas non plus penser à une paralysie générale progressive, la lenteur avec laquelle arrive la démence ne le permet pas, car la principale caractéristique de la paralysie générale est précisément la rapidité avec laquelle se produit la disparition des facultés intellectuelles. Et, comme on tend à faire de cette paralysie générale typique une maladie d'origine syphilitique, il serait illogique de faire de notre cas, très sensiblement différent, une paralysie générale syphilitique ; du reste, rien absolument n'autorise à penser ici à de la syphilis.

Etant donné que les fréquentes poussées congestives n'ont pas été suivies d'aggravation, d'augmentation des troubles somatiques habituels qui ont, au contraire, diminué assez rapidement, et que nous avions affaire à une repasseuse chloro-anémique sujette à de la céphalalgie, à des éblouissements lorsqu'elle repassait beaucoup, que les signes somatiques se sont dissipés après une amélioration de l'état général, il me semble plus rationnel d'admettre que nous nous sommes trouvés en face d'accidents consécutifs à une intoxication lentement progressive par l'oxyde de carbone, et favorisée par la misère à laquelle Marie Ter a été en proie pendant le siège de Paris. Il s'agirait, à notre avis, d'une affection d'origine toxique, d'une intoxication susceptible, comme l'alcoolisme et comme le saturnisme de comprendre dans son évolution une période

paralytiforme, dont les symptômes physiques peuvent aussi, comme dans ces dernières, se dissiper en laissant de la débilité mentale ou simplement une diminution du niveau intellectuel, suivant la durée de l'intoxication, son intensité, les prédispositions personnelles spéciales.

Et il résulte, pour nous, de faits de ce genre, qu'à mesure que l'on étudiera mieux et plus attentivement la marche de la paralysie générale et l'allure première des affections paralytiformes, dites pseudo-paralysies générales, le champ de la paralysie générale proprement dite se resserrera peu à peu, à tel point que nous serons amenés aussi à en faire un état pathologique d'origine toxique ou infectieuse.

Arrivés à ce point, et nous y arriverons bientôt, nous n'aurons plus ni paralysie générale progressive ni pseudo-paralysies générales, mais nous connaîtrons la marche et l'évolution complètes de telle ou telle intoxication, de telle ou telle infection, syphilitique ou autre ; nous en connaîtrons surtout mieux la période paralytique.

Dr A. CULLERRE. — **Folie du doute et obsessions sexuelles.**

Les idées obsédantes de doute naissent parfois dès le plus jeune âge. Elles procèdent d'une organisation psychique particulière assurément fâcheuse et de mauvais augure, mais qui, de prime abord, n'a rien de franchement morbide. Beaucoup de douteurs ne franchissent jamais le seuil de la pathologie mentale. Chez ceux qui de simples prédisposés deviennent de vrais malades, on constate l'intervention des causes occasionnelles parmi lesquelles les impressions sexuelles jouent un rôle important. En consultant les faits de folie du doute jusqu'ici publiés, on remarque que beaucoup des sujets de ces observations étaient des onanistes, des dépravés sexuels ou des individus ayant subi un choc moral à l'occasion des fonctions sexuelles. Par exemple, une jeune fille s'abandonne à des con-

tacts illicites, une femme à un coït frauduleux, un adolescent se livre à la masturbation, un sujet vierge et ingénu est frappé par la vue d'un objet ou d'un spectacle obscène ; il en résulte un état émotif variable selon les sujets, qui, grâce à la prédisposition, s'éternise et contre lequel le pouvoir inhibiteur de la volonté vient se briser. Et alors il arrive, ou que les idées obsédantes qui accompagnaient au début cet état émotif font place, comme le veut M. S. Frend (1), dont nous n'acceptons que partiellement les vues théoriques sur ce sujet, à des idées obsédantes substitutives sans lien avec l'état émotif primordial, par une sorte d'acte de défense du moi se refusant à s'assimiler l'idée obsédante primitive ; ou au contraire que celle-ci va toujours se développant et s'hypertrophiant, de façon à encombrer entièrement le champ de la conscience, à être le centre unique de l'association des idées, à refouler toute idée d'ordre différent ou à se l'incorporer immédiatement par une association bizarre de contraste.

L'observation suivante nous paraît très propre à bien faire comprendre l'éclosion, le développement et la marche d'une affection de cette nature.

C..... 20 ans, est admis le 25 février 189... C'est un grand garçon, maigre, pâle, à la figure d'adolescent timide. Il appartient à une famille où dans la branche maternelle sévissent les troubles nerveux et psychiques. Il a pissé au lit jusqu'à 7 ans. Il est irritable, violent jusqu'à tout briser pour la moindre colère. Pas de signes d'hystérie.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, son existence a été normale. Aucune maladie grave. Il a suivi l'école, a reçu une bonne instruction primaire et a été élevé dans des sentiments religieux.

A 12 ans, sous l'influence de mauvais exemples, il a commencé à se livrer à la masturbation et bien qu'il prétende n'en avoir pas abusé il reconnaît que c'est à partir de ce moment que son système nerveux a été ébranlé et qu'il a commencé à être le jouet d'obsessions très pénibles. Ce furent d'abord des

(1) S. Frend. — Obsessions et phobies. Leur mécanisme et leur étiologie. (*Revue neurologique*, 1895, nº 21.)

idées de doute ; la moindre circonstance, et la plus banale était le prétexte d'un état anxieux dont il ne sortait que par l'exécution d'actes bizarres : rencontrait-il sur le chemin un caillou sorti de la chaussée, il fallait qu'il revînt sur ses pas, fût-il à un kilomètre, pour le remettre en place. Il lui était impossible de se promener dans la campagne sans s'assurer que toutes les barrières qu'il rencontrait étaient solides et bien fermées. Il fallait qu'il enfonçât à coups de marteau tous les clous ou toutes les chevilles des meubles et des tables, sans quoi la crainte où il était qu'ils ne fussent pas solides lui eût été insupportable ; et à force de vouloir les consolider, il les détériorait jusqu'à les détruire. Il jetait tout ce qu'il avait en double ; il déchirait tout ce qui n'était pas solide ; il fallait qu'il rangeât irrésistiblement tout ce qui n'était pas en ordre. Si ses souliers étaient un peu usés cela lui procurait des transes dont il ne sortait qu'après avoir porté les chaussures chez le cordonnier. Quand il apercevait un cheval maigre à l'écurie de son père, il fallait aussitôt qu'il s'assurât qu'il y en avait d'autres en meilleur état auprès de lui, sinon il éprouvait un malaise extrême. Il y a dans son pays, autour de l'église, des cercueils de pierre devant lesquels il ne passait jamais qu'en courant parce que leur vue suscitait en lui un tas d'idées interrogatives sur la mort, sur Dieu, sur le Paradis et l'Enfer, etc.

Il semble qu'il ait eu à cette époque quelques velléités d'inversions sexuelles. Ainsi il s'amusait à réunir dans une écurie un certain nombre d'enfants plus jeunes que lui ; il les faisait mettre nus et alors prenait plaisir à les contempler, à leur faire faire des exercices de gymnastique. Il n'a jamais osé se servir d'eux pour se procurer des jouissances sexuelles, mais il y pensait poussé à les presser nus contre ses organes génitaux. Il a des tendances fétichistes : les cheveux des femmes lui font le plus grand effet et il en recherche la vue.

Peu à peu ses obsessions prirent une tournure exclusivement érotique et religieuse. Son imagination était assaillie de scènes lascives dans lesquelles Dieu et la Sainte Vierge jouaient le principal rôle ; il s'en délectait d'abord puis le regrettait amèrement et était tourmenté de scrupules et de doutes. Depuis l'âge de 16 ans, ces images obscènes s'imposent à son

esprit d'une façon continue et obsédante. Non seulement il ne peut les chasser, mais tout contribue à les faire naître. Ainsi à l'église il ne peut voir le calice sans songer à y mettre sa verge ; la statue de la Vierge sans se représenter aussitôt l'acte du coït; l'hostie sans songer à l'introduire dans les parties génitales d'une femme ou d'un animal. A la vue d'un prêtre, il se le représente aussitôt en conversation criminelle avec sa servante ; la vue d'une maison à fenêtres nombreuses lui suggère l'idée d'un lupanar et de prostituées dans l'exercice de leur profession. L'espace nu d'un grand champ découvert se peuple aussitôt pour son imagination de scènes d'orgie. Il ne peut avoir une pensée érotique, même en rêve, sans que surgisse immédiatement à son esprit une obscénité religieuse.

Voici quelques-unes des visions lubriques dont il est obsédé : Une femelle d'animal accouchant de l'Enfant Jésus ; la Vierge saillie par un taureau ou livrée dans un haras aux étalons ; la même armée d'un membre viril et le lui introduisant dans le corps ou se livrant sur lui à la masturbation buccale. Prendre le bon Dieu par la verge, la lui arracher et la lui couper. La vue d'un couteau réveille constamment des idées de ce genre : « J'enfonce ça dans les mains du bon Dieu ! Je le couperai en morceaux ! » Et il ajoute par mille serments qu'il le fera, arrivant peu à peu à un paroxysme d'excitation anxieuse dont il ne peut sortir que par l'affirmation solennelle qu'il exécutera ou qu'il exécute l'acte en question.

Souvent il se complaît dans ces pensées lubriques et les provoque même. Elles sont alors accompagnées d'un éréthisme génital qui lui est agréable bien qu'il ne soit pas suivi d'éjaculation. Il n'a pas non plus, comme nous avons pu le constater, de spermatorrhée ni de pollutions nocturnes et il prétend ne plus se masturber depuis longtemps. Après ces débauches d'imagination il éprouve un grand malaise dans les parties qui sont douloureuses et tuméfiées ; alors il a des remords : « Mes idées, dit-il, je les écoute et je les laisse faire ; je fais mal, il ne le faudrait pas. »

Aux images visuelles obsédantes sont venues s'ajouter les images auditives et les impulsions verbales. Il faut qu'il formule en paroles dans son esprit l'idée correspondant à l'image

obscène et pour se soulager, qu'il la prononce à haute voix. Ainsi il doit dire : « le bon Dieu saillit la Sainte Vierge » ou « j'enc... la Sainte Vierge » et jurer à haute voix qu'il veut bien le faire, qu'il le fera sûrement, ou même qu'il le fait ajoutant dans ce cas des imprécations telles que : En as-tu assez, vieille n. de D. ? En veux-tu encore ? » Parfois les impulsions verbales sont indépendantes des visions obsédantes ; ce sont alors des grossièretés, des mots obscènes, des blasphèmes qui lui viennent à la bouche, et qu'il doit prononcer pour obtenir un soulagement momentané. Il a aussi des scrupules à propos de ces impulsions verbales : « Je suis coupable de ne pas me retenir, dit-il, mais c'est impossible. Quand un gros mot me vient, il faut que je le prononce sous peine d'une angoisse intolérable. » Après, il est soulagé et heureux, mais il se reproche amèrement cette satisfaction : « J'y reviens toujours, dit-il, et c'est mal, mais je ne puis m'en empêcher. »

Enfin le propre son de sa voix ne suffit plus à le rassurer, il faut que sa mère écoute attentivement les paroles qu'il prononce pour qu'il soit soulagé et parfois même qu'elle les répète en affirmant que c'est bien cela qu'il a dit ; sans quoi il n'eût pas été débarrassé de son angoisse, car, selon sa propre expression, « *s'il ne l'avait pas dit, il eût été perdu ; pas moyen de se sauver !* »

Ses obsessions et ses impulsions le suivent même pendant son sommeil, ainsi que le prouve une curieuse lettre qu'il écrivait à ses parents quelques jours après son entrée à l'asile : « C'est la nuit que je crains de voir arriver parce que je rêve beaucoup et que je parle tout haut. Il y a un gardien qui couche avec moi, et quand je m'écrie tout haut en me réveillant, ça ne lui plaît pas parce que ça l'empêche de dormir. Il me semble toujours *te le répéter* la nuit, chère mère, et quand je vois que tu ne me réponds pas je crie et m'aperçois que je ne suis pas chez nous. Oh ! je me trouve tout honteux ; je t'appelle la nuit et le jour pour te *répéter ceci et cela*, et personne ne me répond. »

Au bout de quelque temps d'un traitement par l'isolement et l'électricité statique, une légère amélioration se produisit dans son état et le malade fut retiré par sa famille. Depuis plusieurs années, ce jeune homme, incapable de se livrer à

aucune occupation, ne sortait plus, et ne quittait plus sa mère dont la présence lui était absolument nécessaire pour échapper à l'angoisse de ses obsessions. Il occupait ses rares intervalles d'accalmie à faire de la musique. Chose intéressante à noter, il n'a jamais éprouvé rien qui ressemble à la crainte des contacts ou au délire du toucher.

Chez ce malade, l'enchaînement des phénomènes morbides me paraît d'une interprétation aisée. Tout d'abord l'épuisement nerveux et le remords nés ensemble des pratiques solitaires développent un état émotif permanent qui s'accompagne au début d'idées obsédantes de doute, d'un caractère indifférent et banal. En raison des rechutes incessantes dans la faute commise l'état émotif s'exaspère de plus en plus, les préoccupations d'ordre génital s'imposent en permanence et deviennent le centre unique de l'association des idées ; la rumination psychologique prend irrésistiblement une couleur obscène, en même temps que des scrupules religieux naissent par contraste, l'irritation contre la divinité et les impulsions coprolaliques et blasphématoires. Enfin l'onomatomanie avec son cortège de symptômes bizarres et ridicules apparaît comme la manifestation extrême d'un état émotif poussé jusqu'aux dernières limites compatibles avec la conservation de la conscience.

Ce malade résume en somme en lui tous les modes d'association des idées morbides dans la folie du doute :

1° Idées obsédantes sans lien direct avec l'état émotif (idées de doute quelconques) ;

2° Idées obsédantes nées directement de l'état émotif lui-même (idées érotiques et obscènes) ;

3° Idées obsédantes nées par contraste (impulsions blasphématoires, coprolaliques).

Ce mécanisme psychologique se retrouve soit partiellement, soit complètement chez tous les douteurs dont le trouble mental a une origine sexuelle. Lorsque, franchissant l'étape du doute, ils entrent dans la folie confirmée, ce qui arrive pour

quelques-uns, leur délire présente clairement les signes de cette évolution. C'est ainsi que chez certains délirants partiels d'une moralité reconnue on rencontre un mélange contradictoire d'idées délirantes d'ordre religieux et érotique, des impulsions aux actes obscènes, aux paroles ordurières et antireligieuses, une tendance à interpréter dans un sens lascif tout ce qui se dit ou tout ce qui se passe autour d'eux. Le point de départ de ces manifestations délirantes paradoxales est invariablement le remords d'une faute contre la morale sexuelle et les scrupules religieux qui l'accompagnent le plus souvent.

Dr AMORE-BONELLI. — **Tremblement essentiel héréditaire.**

M. le Dr G. Amore-Bonelli a pu étudier attentivement le tremblement essentiel héréditaire dans presque tous les membres d'une famille assez nombreuse dont l'arbre généalogique est le suivant :

GEORGES G., AIEUL, MORT A 62 ANS

Absence de précédents neurophathiques et de vices. Irritable, il tremblait depuis longtemps. Le tremblement augmente fortement avec la diète. Il a 5 enfants, dont les deux filles ne tremblent pas du tout ; les garçons tremblent tous, savoir :

1° JEAN G., âgé de 50 ans, irritable ; son tremblement est localisé à la tête il est lent et reste invariable pendant les mouvements, il augmente en ampleur avec l'excitation, avec l'électricité atmosphérique, quand il est à jeun ; il a un seul enfant :

Georges G., âgé de 30 ans. Il commença à trembler à 18 ans aux membres supérieurs ; l'index et le petit doigt tremblent plus que le doigt du milieu et l'annulaire avec les oscillations de droite à gauche.

2° PHILIPPE G., âgé de 60 ans ; il tremble plus au bras droit qu'au bras gauche, il a 8 1/2 oscillations par seconde ; elles augmentent en cas de diète, d'émotion, d'effort, et cessent avec le délassement. Son écriture est tremblante et les traits ver-

ticaux plus encore que les horizontaux ; il est père de 5 enfants savoir :

I. *Georges* G., âgé de 31 ans, colérique ; il tremble aux articulations supérieures avec 10 oscillations par seconde, courtes, qui cessent avec le repos, augmentent avec la diète, avec la douleur morale et avec l'émotion. La main est affectée d'un mouvement d'extension et de flexion avec légère adduction, et abduction, ses doigts tremblent indépendamment l'un de l'autre, l'index et le pouce plus rapidement que le doigt du milieu et l'annulaire.

II. *Jean* G., âgé de 28 ans, lymphatique, maladif, tremble, ses articulations supérieures plus intensivement que les inférieures.

III. *Marie* G., 22 ans ; elle ne tremble pas.

IV. *Hector* G., très irritable dès son enfance, la simulation des pleurs et la vue d'un malheureux suffiraient pour l'affliger douloureusement. La lecture des romans le rend malade. Il ne peut résister aux spectacles du théâtre un peu touchants. Il tremble et le tremblement tend à se généraliser avec le froid et en cas d'excitation, il augmente quand l'individu est à jeun et quand il travaille ; il cesse avec le repos musculaire. Son écriture devient tremblante en cas d'émotion, alors il imite celle de son père.

V. *Sauveur* G. Il est très irascible et hypersensible spécialement aux paumes des mains et des pieds et à la partie antérieure des cuisses ; ses pupilles sont très dilatables, ses mains donnent 10 oscillations par seconde, et ces oscillations croissent avec l'usage du tabac, en cas de diète, d'excitation et d'effort. L'avant-bras étant appuyé, le poing tremble tout de même du haut en bas, ces oscillations cessent avec le repos.

3° Ignace G., âgé de 65 ans, c'est un fumeur et un buveur sa tête tremble lentement avec des mouvements obliques, ses articulations supérieures sont parcourues par des oscillations larges du haut en bas, accompagnées de mouvements d'extension et d'abduction, elles augmentent en cas de diète, d'effort ; son écriture est tremblante ; il a de 8-9 oscillations par seconde. Il a *un seul* enfant :

Georges G., âgé de 28 ans, tremble comme son père mais avec moins d'intensité et aux membres supérieurs seulement.

L'auteur a essayé de déterminer les lois de ce symptôme dont il étudie chaque particularité en examinant séparément les causes qui exercent quelque influence sur le tremblement. Enfin, après avoir indiqué les caractères différentiels avec les autres formes, il obtient les conclusions suivantes :

Le tremblement essentiel héréditaire est une maladie atavique ; si l'on remonte aux aïeux on retrouve généralement un arbre généalogique sans affections pathologiques du système nerveux. Le seul qui se manifeste est le tremblement de forme héréditaire ; il se montre toujours, soit qu'il dérive du côté paternel aussi bien que maternel, quoiqu'il provienne souvent du côté paternel qui par sa condition subit les causes qui le font augmenter, tels que les excès vénériens, le travail exagéré, etc.

L'hérédité se manifeste dans toutes ses lois ; si l'oncle et la tante souffrent le tremblement, les neveux le perpétuent ; l'hérédité se montre sous forme indirecte ; ce qu'on peut dire aussi pour la ligne paternelle ou maternelle, c'est-à-dire collatérale ou atavique. Mais la forme la plus fréquente est la directe, de père en fils. Le descendant a un tremblement plus ou moins manifeste selon qu'il a été engendré dans une période plus ou moins avancée de la maladie, selon que les parents sont plus ou moins jeunes. L'individu affecté de tremblement essentiel commencera à trembler suivant les lois d'homochronicité, c'est-à-dire à peu près au même âge où trembla son père ; avec une certaine anticipation.

L'individu qui souffre d'une telle forme de tremblement jouit d'une santé florissante ; s'il a des dérangements ou des affections, ceux-ci n'ont aucun rapport avec les modifications dues à l'état tromogène. Pourtant si le tremblement ne porte avec soi aucune modification de la santé telles que les maladies infectieuses, les hémorragies, etc., il est fortement altéré par les mêmes ; plus intense est la maladie, plus grande sera l'influence qu'elle exerce. Le même effet résulte des excitations psychiques, telles que la peur, la joie, les plaisirs, les chagrins, etc. Dans quelques cas, l'écriture porte la trace du tremblement ; pourtant, il y a plusieurs causes qui concourent à la modifier.

Ainsi si l'individu dans sa jeunesse a fait un long exercice d'écriture, alors pendant une longue période, son écriture ne sera pas tremblante et elle ne le deviendra qu'à un âge avancé, montrant d'une manière assez lente dans sa progression la cause de son altération. Si l'individu, au contraire, fait peu d'usage de la plume, alors son écriture montre d'une manière assez claire et compréhensible tout l'état de tremblement, jusqu'au point qu'on pourrait en établir, par des comparaisons, l'augmentation et la diminution. Dans le premier cas, c'est-à-dire en celui qui s'est exercé à écrire, l'écriture dans son ensemble est régulière et les lettres sont groupées avec ordre, se montrant seulement dentelées. La dentelure y est bien marquée surtout dans les longs bâtons où l'on peut apercevoir que les dents présentent une espèce de régularité, puisqu'elles se succèdent à intervalles égaux, pendant qu'elles sont plus irrégulières dans les longues courbes. On obtient cette régularité si le patient écrit dans des conditions ordinaires, mais si quelque action altère l'état physique ou psychique, même en forme très légère, le tremblement augmente, l'ordre diminue dans l'écriture, laquelle se montre irrégulière et illisible ; en un mot, le caractère rythmique disparaît. Le tremblement peut avoir une origine trompeuse ; il peut pourtant dériver des fièvres infectieuses. La vie n'en est pas pour cela moins longue. Il prend une forme bilatérale avec un principe collatéral. Le tremblement se localise de préférence aux membres supérieurs ; il passe ensuite aux muscles de la tête, des yeux, du cou, du pharynx, de la nuque pour se généraliser, après, aux membres inférieurs et pour s'attacher à tous les muscles volontaires. C'est dans les bras que le tremblement se rend généralement plus visible, les doigts, la main, l'avant-bras peuvent trembler isolément ou tous ensemble. Le rythme en est rapide, avec quelle que soit la méthode graphique on obtient 9 oscillations par seconde, oscillations qui peuvent varier de 8 à 10. L'extension des oscillations est très variable, généralement petite, elle peut devenir presque imperceptible. Dans ce cas, pour arriver à pouvoir bien constater le tremblement,

il faut un effort comme une forte flexion du bras sur lui-même ; il peut aussi, en cas exceptionnel, se manifester en forme très prononcée ; il varie selon l'âge, la constitution, la manière de vivre, L'effort et l'extension des oscillations sont liés l'une à l'autre ; et nous pouvons ajouter que les oscillations augmentent proportionnellement aux cubes des Kg, et sont en outre rythmiques. Le tremblement diminue avec le repos, avec le délassement musculaire et avec le sommeil. Il varie avec les différents efforts, mais il se maintient égal pour la même traction. Il se montre dans les mouvements volontaires, mais ceux-ci ne l'augmentent pas, ni ne le font cesser ; un effort particulier de la volonté peut le faire diminuer ; il est chronique ; il ne se manifeste pas par secousses et avance bien lentement ; l'augmentation se manifeste dans la longueur des oscillations. Le tremblement prend une forme vibratoire de haut en bas. Pourtant il peut osciller de droite à gauche ; les membres inférieurs peuvent y participer, eux aussi, mais d'une manière moins nette. La tête se meut en sens perpendiculaire ; quelquefois avec prépondérance en avant, de façon à faire paraître le patient disant oui ; il peut cependant osciller de droite à gauche ; et quelquefois, surtout quand le tremblement est très prononcé, on peut avoir les deux mouvements qui se fondent dans un mouvement oblique.

Le tremblement ne présente aucun phénomène de décharge, ni aucune période d'interruption, ni aucune physionomie particulière, ni rigidité, ni paresse, ni sensations subjectives intenses. La sensibilité et les réflexes des tendons peuvent être excités ; le caractère du patient se montre excitable. Le tremblement commence, de préférence, à l'âge de la jeunesse.

Dr FOVEAU DE COURMELLES. — **Du Traitement Électrique dans les accidents nerveux de la chlorose.**

Le traitement électrique de la chlorose, qu'il s'agisse des accidents nerveux (*effets*), de cette affection morbide ou des

troubles trophiques et circulatoires (*causes*), se divisera en deux chapitres, selon que l'électricité sera appliquée à supprimer les causes ou à guérir les effets.

La chlorose est due, on le sait, à l'altération du globule rouge, à la diminution considérable d'hémoglobine et il s'ensuit que les échanges respiratoires, notamment l'absorption d'oxygène, sont insuffisants pour le bon fonctionnement organique.

La première indication est donc de rétablir la constitution normale de l'hémoglobine sanguine, de la faire remonter à 110 parties pour 1000 ; l'électricité donne, dans ce but, deux moyens, ou plutôt deux groupes de moyens : *les uns augmentant la nutrition* et rendant possible l'ingestion et surtout la digestion et l'assimilation d'aliments azotés, et d'hydrates de carbone ; *les autres, donnant au sang une capacité oxygénante plus considérable*.

Mais cette division, ce groupement qui paraissent simples et rationnels de prime abord, sont plus complexes dans la réalité, les deux genres d'effets organiques, augmentation des facultés d'assimilation et de pouvoir oxygénant se superposant, ou devant s'ajouter pour produire un meilleur effet. Cependant, pour la clarté de cet exposé, nous allons les séparer le plus possible.

Action électro-organique générale.

§ I. — On peut placer en première ligne *les courants d'induction* (1).

Ils agissent en produisant un véritable massage de la peau et des organes sous-jacents par les contractions organiques qu'ils déterminent ; j'en emprunte la technique à mon *Précis d'Électricité Médicale*.

« Une plaque représentant le pôle (2) est mise à la nuque,

(1) Dr Fauveau de Courmelles, 1891 ; et 1 vol. in-8, 450 pages, illustré, 2e édition, Paris, 1890.
(2) Dans le courant induit proprement dit, la question du pôle n'a pas d'importance, mais on doit en tenir compte quand on emploie la bobine inductrice et non la bobine induite.

puis un tampon mobile roulant facilement sur la peau et évitant les soubresauts qui surprendraient désagréablement un sujet déjà si irritable ; ce rouleau représentant le pôle négatif, on le promènera ensuite depuis la nuque à trois centimètres de la plaque jusqu'au bas de la colonne vertébrale. Puis, pour le bras, le rouleau est porté aux épaules et conduit jusqu'à la main.

« Pour les jambes, la plaque est placée dans le bas de la colonne vertébrale, et le rouleau, porté vers elle, est descendu jusqu'aux pieds.

« Le rouleau est ensuite amené dans la région pubienne et promené dans toute la largeur.

« Le rouleau est enfin porté sur la poitrine, où on le manœuvre dans tous les sens. »

En réalité, tous les organes sont successivement soumis aux contractions faradiques qui secouent leur atonie, leur parésie, leur ptose, selon la théorie qu'il plaira d'indiquer, et qui faciliteront l'électrotonus des parties musculaires contractiles des tissus vivants, superficiels ou profonds.

L'intensité devra être bien ressentie, sans être trop forte, sans qu'il soit encore possible de la déterminer pratiquement, quand il s'agit de l'induction, domaine ou l'électrothérapeute est, quant à la mesure, moins avancé que pour la galvanisation. Cependant, il peut rendre comparables les résultats, voire en établir les rapports avec ceux d'autres observateurs. Voici le moyen pratique que j'ai indiqué pour cela (1):

Employer un courant constant et s'assurer qu'il reste tel de temps à autre par la mise dans le circuit du courant inducteur et facilement d'un galvanomètre. Employer des bobines inductrices et induites, dont les fils sont rigoureusement connus en nature, section et longueur, et placer ces bobines à des distances également connues. Si, pour tous les observateurs, les bobines étaient les mêmes, l'intensité du courant inducteur pouvant toujours être la même, l'intensité du courant induit ne

(1) Communication à l'Institut (Académie des Sciences), 4 juin 1894 et à l'Académie de Médecine, 5 juin 1894.

dépendrait que d'un seul élément, la distance des bobines, et l'on arriverait ainsi sinon à la mesure absolue de l'intensité, du moins à la comparaison et la reproduction facile des résultats de tous les observateurs. Par suite, seraient supprimées les divergences d'opinions si préjudiciables à l'électrothérapie.

Nous employons l'appareil à chariot de Dubois Reymond, du constructeur Chardin, avec bobine induite de fil de cuivre de 2/10 de millimètre de diamètre et 350 mètres de long, avec glissement sur la bobine inductrice de 3 à 4 centimètres. Et nous l'actionnons avec nos *tableaux rhéostatiques muraux* utilisant les courants continus d'éclairage.

La durée d'application sera d'une dizaine de minutes pour tout l'organisme qu'il faut tonifier, mais non surmener. La longueur des applications que maints électrothérapeutes croient utiles, est un écueil à éviter dans l'emploi de l'induction qui peut produire le surmenage musculaire, une fatigue exagérée, une grande production et déperdition d'urée, phénomènes inutiles et dangereux qu'il faut éliminer des applications électriques.

La répétition des séances vaut mieux que leur durée ; ainsi, dans le cas actuel, pourra-t-il être bien de faire tous les jours matin et soir, dix minutes d'induction.

Le médicament-électricité (1), — et c'est intentionnellement que nous juxtaposons ces deux mots, — agit comme tous les médicaments, et un grand nombre d'eux, en produisant parfois un bien-être immédiat, d'autres fois une amélioration assez lente à se produire ; mais, dans *tous les cas*, son application doit être répétée et n'est efficace que par cette répétition même. Comme il peut être préjudiciable au traitement que la médication électrique ne soit pas prise à *la dose voulue*, et que, d'autre part, la patience du malade ainsi obligé de venir chez l'électrothérapeute peut n'être pas suffisante, on pourra et l'on devra, dans certains cas, apprendre au malade à se faradiser lui-même.

(1) Voir l'*Électricité curative* (Paris 1895, préface du Dr Péan).

Comme régions à éviter dans l'électrisation induite du chlorotique, il faut signaler le cou, le cœur, enfin la région du pneumo-gastrique. L'insuffisance d'oxygénation étant parfois compliquée par de l'hypertrophie cardiaque, il importe de ne pas fatiguer un muscle qui se surmène déjà.

§ 2. — Nous arrivons ensuite aux *courants continus*.

Ici, l'action est multipliée, et pas toujours élucidée quant à l'application des phénomènes curatifs. *L'électrolyse* doit être éliminée, non qu'il ne s'en produise au sens absolu du mot, mais parce que les électrodes, et notamment la négative qui produit les eschares étendues, sont fréquemment déplacées, qu'ainsi elles ne font que desquamer l'épiderme. Et cependant l'action est profonde, si l'on en croit la communication au *Congrès de l'Association Electrothérapeutique américaine* à Chicago, le 13 septembre 1893, des Drs J. Mount-Bleyer et J.-J. Weil, de New-York, le courant galvanique produirait de l'ozone dans le sang. Bien que cette opinion soit absolument contraire à celle qu'émettait récemment *a priori* selon nous M. Kuborn, à l'Académie de médecine de Belgique (21 juillet 1895) à savoir l'absence absolue d'ozone, en toutes circonstances dans le liquide sanguin où cet agent, s'il y pouvait pénétrer, serait immédiatement décomposé en oxygène simple provoquant des embolies suivies d'asphyxies, malgré, disons-nous, cette contradiction, nous sommes de l'avis de nos confrères américains pour expliquer l'action tonique incontestable du courant continu dans la chlorose. Nous y reviendrons tout à l'heure à propos de l'ozone.

Selon la nature des accidents nerveux de la chlorose, le sens du courant galvanique devra varier. La dépression ou l'excitation seront traitées différemment : la première, la plus fréquente, avec le courant *ascendant* ou *centripète*, le pôle négatif, le plus rapproché des centres nerveux ; la seconde avec le courant *descendant* ou *centrifuge*, le pôle positif placé sur la tête auprès du cerveau. Il y a là, d'ailleurs, une sorte de parallélisme entre les accidents nerveux et ceux de la neurasthénie, la nature étant parfois la même quoique de causes différentes, la

chlorose étant une insuffisance nerveuse originelle en quelque sorte ; la neurasthénie, une insuffisance nerveuse acquise. Mais selon la dépression ou l'excitation, le traitement sera le même dans les deux cas (1). Quant à l'intensité, elle varie avec chaque sujet, car elle est fonction de la résistance électrique opposée par chaque organisme, et nous avons souvent trouvé celle-ci considérable chez les nerveux.

§ 3. — *L'électrisation statique* pourra souvent remplacer les deux modalités précédentes.

Son action propre, complétée de celle de l'ozone qui se dégage forcément lors de tout fonctionnement de machine électro-statique, est énergique. Dans la chlorose comme dans la neurasthénie, son application ne se devra pas faire sans mesure, c'est-à-dire à doses massives dès le début. La durée des séances sera d'abord de cinq minutes, puis le second jour de dix minutes, et ainsi de suite ; le franklinisme n'est pas un agent inoffensif, comme on l'a tant écrit.

J'ai, en effet, remarqué chez un certain nombre de sujets de l'excitation pouvant aller jusqu'au délire, de l'oppression jusqu'à l'étouffement ; est-ce le fluide statique en soi ou l'ozone qu'il dégage qui est cause de cet aggravation momentanée de symptômes, je ne sais, mais ce qui est certain, c'est cette action morbide du début. On évite celle-ci par la brièveté de l'application et, par une progression rationnelle, on arrive aux meilleurs résultats, à l'apaisement, à la sédation, au calme. Le procédé opératoire le meilleur, c'est la douche cérébro-statique positive (peigne à pointes multiples) combinée avec le bain électro-négatif : c'est un courant descendant en réalité, agissant comme le courant galvanique centrifuge. S'il y a dépression, on rendra le courant ascendant (douche négative et bain positif). Parfois le peigne nickelé habituellement employé n'amende pas les symptômes, alors qu'un peigne en argent ou en aluminium donne de meilleurs résultats (2).

(1) Communication au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bordeaux, 1895.
(2) *Métallothérapie franklinienne*, XIe Congrès International de Médecine, Rome, mars 1894.

Action électro-cutanée.

Le transport électro-médicamenteux, c'est-à-dire la possibilité de faire pénétrer dans la peau, ou l'organisme, des agents thérapeutiques sous l'action électrique a préoccupé depuis longtemps les observateurs. Tous ont cru à la simple action cutanée, d'autres à des transports plus complets intra-organiques ; les phénomènes sont beaucoup plus complexes qu'on ne l'avait cru jusqu'en ces dernières années, et j'ai démontré que le transport ou cataphorèse s'accompagnait forcément d'*électrolyse*, à la fois cutanée et médicamenteuse, par suite *double*, d'où le nom d'*électrolyse médicamenteuse* ou de *bi-électrolyse* que je lui ai donnée (1).

Qui dit électrolyse dit décomposition, mise en liberté d'éléments, de corps simples ou moins complexes qu'à l'origine, et par suite production en ces corps isolés d'un état *suractif*, dit *naissant* qui, pour l'oxygène, peut être l'*ozone*, et qui pour les autres corps est également un état spécial à affinités plus grandes, et en médecine à propriétés curatives plus complètes.

Le professeur Gaërtner, de Vienne, ne pensant qu'à la cataphorèse, a rendu pratique pour l'anémie *des bains hydro-électriques* à sulfate de fer (25 à 30 grammes par bain). Une cloison isolante partage horizontalement la baignoire en deux, et s'ouvre juste pour le corps du patient qui ferme ainsi le circuit, la partie supérieure de son corps reliée au pôle positif et la partie inférieure au pôle négatif, s'il y a excitation, et inversement, s'il y a dépression. L'action est, à notre avis, électro-cutanée, les capillaires de la peau se chargeant probablement de fer ozoné, par suite des réactions multiples, *bi-électrolytiques*, qui se produisent. Puis, comme conséquence, le sang plus nourricier réagit favorablement sur tout l'organisme.

Les courants sinusoïdaux, courants induits dépourvus de secousses à cause de leurs ondes égales, et découverts par le

(1) Communications à l'Institut (Académie des Sciences), 24 novembre 1890, 19 janvier et 28 décembre 1891 ; à l'Académie de Médecine, 25 novembre 1890 et 28 février 1891 ; rapport du professeur Péan à l'Académie de Médecine des 8 novembre 1892 et 19 novembre 1895.

professeur d'Arsonval, ont été signalés comme donnant de bons résultats ; meilleurs encore sont ceux *des courants de haute fréquence*, développant dans l'organisme des courants induits tellement énergiques qu'ils dépassent les mesures de notre sensibilité et ne sont pas perçus. Une bobine de Ruhmkorff très puissante, de forts condensateurs, et un solénoïde entourant le patient, voilà l'outillage. Le temps qui n'a pas encore passé sur les résultats annoncés les consacrera vraisemblablement.

Action électro-organique circulatoire.

D'après les faits annoncés par les Drs Mount-Bleyer et J.-J. Weil, de New-York, les courants continus agiraient par l'ozone qui se trouverait dans le sang sous leur influence. D'autre part, l'ozone inhalé s'est vu attribuer les meilleurs résultats, on en a même fait une panacée en ces derniers temps ; d'autre part, les expériences physiologiques de Gorup-Besanes et de Seligsohn, celles toutes récentes encore inédites du Dr Maurice de Thierry, prouvent que l'ozone 1/2000 dans une atmosphère tue même les animaux de petite taille qui y sont plongés ; avec, à l'autopsie, de la congestion pulmonaire. D'autre part encore, mes recherches épidémiologiques, celles de mes collaborateurs du *service ozonométrique de France*, celles américaines du Dr Baker de Lœusing (Michigan), ont révélé l'excès d'ozone dans l'air ambiant, lors de certaines épidémies. M. Gautrelet, le savant chimiste biologique, admet que l'ozone est néfaste dans l'organisme par sa combinaison avec l'hémoglobine qui donnerait une oxyhémoglobine irréductible comme l'est l'oxy-carbo-hémoglobine, due à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Il y aurait là quelque contradiction, non seulement avec l'opinion courante, mais avec un certain nombre de faits.

Quand règne une épidémie pyrétique, comme la grippe, l'ozone est en excès (Schonbein, Foveau de Courmelles). Aussi faut-il être très prudent dans l'emploi de l'ozone, sa posologie n'étant pas encore faite ; — en outre, comme il importe dans une maladie tenace, comme la chlorose, de ne se priver d'au-

cun moyen d'action, il conviendra d'utiliser l'ozone, mais avec d'infinies précautions.

On le produira par les machines électro-statiques ou les bobines d'induction: l'étincelle électrise l'oxygène de l'air, en donnant ainsi l'ozone; l'ozone augmente nos combustions et on le constate par l'analyse des urines qui y révèle une augmentation d'urée. Il y a nutrition meilleure et amélioration dans l'assimilation qui en résulte; ainsi se peut expliquer le mode d'action de l'ozone dans la chlorose et, en général, dans l'anémie et autres maladies par ralentissements de la nutrition. Mais, nous le répétons, les doses exactes étant encore à déterminer et, d'autre part, les dangers de son excès étant révélés, on emploiera l'ozone à petites doses, les augmentant insensiblement s'il n'en résulte aucun phénomène morbide du côté des voies respiratoires, qui seraient les premières atteintes, et les diminuer s'il y a nocivité.

QUELQUES OBSERVATIONS PERSONNELLES.

1° Mlle A..., vingt et un ans, chlorotique depuis la puberté, mal réglée, vertiges, céphalées, insomnies.

Poumons et cœur bons.

Douches et bains statiques, le 8 juin 1893 ; dort mieux les 8 et 9 juin.

Nouvelle électrisation statique le 10 ; appétit un peu meilleur, sommeil amélioré encore.

De deux en deux jours, nouvelles électrisations ; amélioration lente des symptômes.

Part très améliorée fin juillet pour la campagne, revient guérie en octobre ; bon appétit, bon sommeil, facies excellent.

2° Mlle G. R..., onze ans. Antécédents héréditaires : père mort de tumeur stomacale à quarante-cinq ans, ayant eu une fièvre typhoïde ; s'enrhumait facilement ; mère très migraineuse et rhumatisante, encore vivante. Une sœur morte de coliques intestinales, constipée normalement, puis diarrhée à la suite de fièvre typhoïde, et enfin morte. Un frère bien portant un peu rhumatisant. Un autre frère, aîné, longtemps malade de l'estomac.

Bien portante dans la première enfance, mais variole à dix ans ; a habité Paris trois ans, puis la campagne ; a toujours eu l'estomac malade. En août 1892, se met à piétiner sur place, puis des idées noires s'emparent d'elle. Une nuit se réveille toute tremblante et dans une agitation extrême, les bras très en mouvement. Elle a une violente discussion avec sa sœur, puis celle-ci tombe malade et meurt. Elle s'attribue ce décès, les idées de suicide augmentent. En décembre, une accalmie se produit dans cet état. Elle piétine moins sur place, peut rester assise un certain temps, ce qui lui était devenu impossible. Elle digère bien depuis que son cerveau est troublé (1).

Nouvelle accalmie en janvier. En février se met à pleurer abondamment. Le 14 mars 1893, vient me consulter.

Examen. — La malade est bien constituée, pas maigre ; teint jaunâtre à la fois blanc et vert. Lèvres, gencives, conjonctives absolument blanches, exsangues. Les paupières gonflées feraient penser à la néphrite ; j'examine les urines, et ne trouve rien.

Elle se plaint d'être toujours fatiguée.

Elle est très émotive et, à mes questions, tantôt rougit, tantôt pleure.

Obsédée par ses torts envers sa sœur ; se plaint de n'avoir de goût à aucune besogne ; très triste et pleure constamment.

Réglée depuis deux ans, très irrégulièrement ; elle se plaint de perdre beaucoup en blanc.

Poumons et cœur normaux.

Bruit de diable dans la jugulaire.

Traitement. — Etant donnée l'excitation, je combine l'électricité franklinienne et galvanique de la façon suivante :

1° *Franklinisations* (douches et bains statiques par courant descendant). Le peigne à pointes multiples étant placé sur la

(1) A rapprocher des *dyspepsies paradoxales* signalées par M. Gingcot : une hyperchlorhydrique douloureuse prend une pneumonie et en guérit ainsi que de son estomac.

Plus de douleurs ni de digestions difficiles, mais l'analyse révèle la constance de l'hyperchlorhydrie.

tête et relié au conducteur positif d'une machine Wimshurst (1), la malade est sur le tabouret isolant, lui-même relié au conducteur négatif.

Je fais une franklinisation de quinze minutes.

2° *Galvanisation :* courants continus descendants ou centrifuges. Pôles aux deux tempes, successivement, le négatif placé un peu au-dessus de la nuque.

Intensité, 15 milliampères ; durée, 15 minutes.

3° *Nouvelle franklinisation* identique à la première.

15 mars 1893. Calme relatif ; n'a pu dormir cependant, mais ne s'est pas agitée.

16 mars. Mêmes applications. Agitée, a mal dormi ; très triste.

17 mars. Se trouve mieux ; calme la veille au soir. Idées moins noires.

Je complète par la *lumière*, par le principe de Von Stain de Moscou, les trois traitements ordinaires. Je promène sur le front une petite lampe à incandescence spéciale n'ayant qu'une face éclairante, celle posée sur le front, le reste étant noirci. Je fais cela sept minutes à chaque tempe.

18, 19, 20 mars. Un peu enrhumée du cerveau par le froid; a pris du thé le soir du 18 et n'a que peu dormi. Le rhume s'accentue, la malade accuse une déperdition de forces, dort peu et se réveille la tête lourde. Cependant, après la multiple électrisation, elle est plus calme.

21 mars. *S'endort dans la douche statique ;* jusqu'ici elle n'avait eu que de la tendance à s'endormir.

Mais son rhume de cerveau continue, et lui donne des maux de tête, chose normale chez elle.

Le même jour, *elle s'endort pendant deux heures* avant dîner, puis *huit heures* de suite après son repas.

22 mars. Les jambes sont plus fortes et plus solides.

23, 24 mars. Même état.

25 mars. M'arrive très agitée. Je vis le traitement faire son effet, et, elle, se calmer peu à peu.

(1) On détermine la nature des pôles en approchant une flamme, une bougie allumée, le pôle positif la repousse, le négatif l'attire ; pour la machine Carré, le conducteur supérieur ou négatif ; l'inférieur, positif.

26 mars. A dormi huit heures la veille ; un peu agitée ce matin. Nouveau calme sous la douche statique.

27, 28 mars. Va bien.

29 mars. Un peu d'agitation ; est désespérée.

30 mars. Calme, a bien dormi la veille.

1er, 2, 3, 4, 5 mai. Le mieux s'accentue ; n'a presque plus d'idées noires.

7, 8, 9 mai. Le sommeil est bon, l'appétit excellent.

11 mai. Quitte Paris ; la famille achète une machine statique. Je considère la franklinisation comme suffisant actuellement.

Juin. On m'écrit : la franklinisation est faite régulièrement 30 minutes tous les jours.

17 octobre. — Je revois la malade, ou plutôt l'ancienne malade. J'ai quelque peine à la reconnaître, tellement elle est bien portante, et bien colorée, comme on doit l'être quand on habite la campagne, et qu'on possède la santé.

Les règles sont abondantes, colorées, régulières, durant trois jours pleins toutes les périodes lunaires ; l'appétit, le sommeil sont excellents. Le pouls est fort, et régulier. Enfin la guérison est parfaite.

3° M. L. J..., dix-neuf ans.

Né à Paris.

A. H... père bien portant.

Mère nerveuse, a eu des tics.

Cinq frères et sœurs morts en bas âge.

A. P... Rhumatisme, plusieurs hivers successifs, avec accidents cardiaques qui ont fait craindre pour sa vie. On a également trouvé à ce moment des traces d'albumine dans ses urines (1).

Et quand il vient de manger, des étouffements, qui n'existent pas quand il y a du monde aux repas chez lui, mais augmentant quand il y pense. Le soir, ces sensations sont au maximum.

Me vient consulter le 12 septembre 1893.

Examen. — Aspect caractéristique jaune verdâtre. — Muqueuses exsangues, un peu d'insuffisance mitrale, poumons sains.

(1) L'albuminurie est intermittente dans la chlorose et la neurasthénie; le diabète ou plutôt la glycosurie, aussi en cette dernière affection ; il y aurait à la chercher pour la chlorose.

Revient le 26 septembre pour le traitement, avec un peu de rhumatisme aux pieds à ce moment-là.

Traitement : franklinisation descendante, 15 minutes. *Courants continus descendants stabiles*, les deux électrodes immobiles au-dessus et au-dessous de l'omoplate gauche. Intensité, 20 milliampères ; durée 10 minutes.

Courants induits et massages électriques. Je forme conducteur, tenant un tampon d'une main, l'autre étant placée sur le patient, et de mon autre main, frictionnant la cheville gonflée, rhumatisante. Durée, 7 à 8 minutes.

Etat stationnaire et continuation de ce traitement du 24 septembre au 30 octobre.

5, 6, 7, 8 octobre. *Etourdissements* vers le soir, phénomène anormal chez lui.

8, 9, 10, 11, 12, 13 octobre. Plus d'étourdissements ; va mieux, mange et dort bien, sensations moindres d'étouffements, Pas de traces de rhumatisme.

18 octobre. Vient en boîtant, un peu de douleur dans le pied droit, mais, en sortant, court après l'omnibus et ne s'étonne que le soir, alors qu'il se rappelle avoir souffert toute la matinée, et constate qu'il ne souffre plus.

Tout le mois d'octobre se passe sans souffrance, et il se produit une grande amélioration de l'état général. Les électrisations s'espacent de deux jours en deux jours et se bornent à la franklinisation, et à la galvanisation. Il a augmenté de poids de 1 kilogramme.

En janvier, une seule électrisation par semaine. Presque plus d'étouffements.

En mars, a augmenté de 3 kilos depuis le début du traitement. Le teint est bon. Je le considère comme guéri. Il fait de l'escrime, prend des douches, va à la campagne toutes les semaines du samedi au mardi.

Je l'ai revu depuis maintes fois. *Les étouffements n'ont plus reparu*, et la santé parfaite.

N. B. — Cette observation est complexe puisque c'est de la chlorose chez un rhumatisant, elle n'en est que plus instructive. On y voit apparaître des étourdissements après un certain nombre d'électrisations, alors que généralement quand il doit

s'en produire, et nous en allons voir des exemples, c'est au début du traitement électrique qu'il y a exacerbation des symptômes nerveux.

4e Mlle M. D..., dix-neuf ans.

A. H..., nuls. Parents bien portants.

A. P... Rougeole et coqueluche étant enfant, quelque convulsions dentaires. Irrégulièrement réglée et leucorrhéique depuis 2 ans.

Examen. — 19 mars 1890. Aspect caractéristique. Bruit de diable dans la jugulaire, un peu d'hypertrophie cardiaque. Très nerveuse, parle avec volubilité, irritable. Vertiges et céphalées.

Traitement. — Franklinisations descendantes, quinze minutes. Descend du tabouret isolant en flagoleant, s'assied affaissée une dizaine de minutes, puis veut partir quand même; doit se cramponner à la rampe pour descendre un étage, fait signe à un cocher, et ne peut lui dire que le nom de la rue, amnésie du numéro; se rappelle son adresse en arrivant près de chez elle, monte avec de grands efforts ses trois étages, se couche sans manger et a un délire agité et bruyant toute la nuit. Revient cependant deux jours après, et mêmes phénomènes, quoique moins accentués; ne peut rien faire ce jour-là.

23 mars. Presque pas d'excitations.

26 mars. Excitation nulle; se trouva très bien le lendemain.

En avril, plus d'excitation, mieux-être général, même pendant la séance, et se continuant après.

Deux franklinisations par semaine en avril et en mai; son poids augmente, son teint se colore. Va à la campagne fin juin. Guérison complète.

Se marie, en octobre; a aujourd'hui deux bébés bien portants, l'un de quatre ans, l'autre de deux. La santé de la mère a continué d'être parfaite.

5e Mlle R. H..., dix-huit ans.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels, coqueluche et scarlatine. Pas d'accidents de dentition.

Règles irrégulières depuis six mois.

Facilement irritable; a de fréquentes syncopes, après de violentes palpitations cardiaques.

Examen. — 10 février 1891. Muqueuses exsangues, bruit de diable aux jugulaires. L'aspect chlorotique. Traitement; franklinisations descendantes. La malade accuse des vertiges, puis des syncopes sur le fauteuil du tabouret isolant. Très oppressée; pouls insignifiant. Tout cela après cinq minutes d'électrisation. On cesse ce jour-là; on reprend deux jours après, mêmes phénomènes, quoique moins forts. Je fais de la franklinisation *ascendante*, tout rentre dans l'ordre, et la malade guérit en quinze séances.

Conclusions.

Il faut une grande prudence et de la persévérance dans l'emploi des traitements électriques. C'est ainsi, en y joignant la rigueur d'observation, qui lui a trop souvent fait défaut jusqu'ici, qu'on arrivera à la détermination exacte des indications électriques, et que, notamment dans la chlorose, on simplifiera la technique complexe que nous avons été obligé de passer en revue ! L'électrisation statique mérite surtout d'être étudiée au point de vue de sa *polarité* qui est loin d'être négligeable, et dont l'application varie avec les individus (Foveau de Courmelles). Il existe même des sujets qui ne réagissent pas à l'électricité franklinienne, ce qui constitue chez certains nerveux un caractère spécial à ajouter à la réaction de dégénérescence (L. Roumaillac). Cependant nous avons constaté que, comme les autres signes de cette réaction et la grande résistance électrique, l'anesthésie franklinienne pouvait exister chez les hystériques avec les réactions musculaires volontaires conservées, et n'être, par suite, qu'un stigmate d'insensibilité.

Ce qu'il faut aussi savoir, en dehors des signes diagnostiques que peut fournir l'examen électrique, c'est que si le *médicament-électricité* pris avec constance peut produire d'excellents résultats, il est certains cas où l'une de ces formes ne pourra être nullement supportée, aggravant même les symptômes; on

arrivera, sans doute, à déterminer ces idiosyncrasies spéciales. Par tâtonnement, on trouvera la modalité électrique qui convient alors, ou les différentes sortes de courants qu'il faudra associer ou combiner. Le médecin qui applique l'électricité doit être plutôt clinicien que physiologiste, et ainsi en déterminera les meilleures applications.

Dr BÉRILLON. — Un certain nombre de buveurs d'habitude, après quelques tentatives d'abstinence, se déclarent impuissants à se soustraire à leurs habitudes alcooliques, autant qu'à l'influence du milieu.

Dans ces cas, il y a un grand intérêt à recourir à l'intervention de la suggestion hypnotique. Ce traitement agit par la création d'un véritable centre d'arrêt psychique. Mis en présence de ses sollicitations habituelles à boire, le malade éprouve une sensation de résistance à ses tendances automatiques, et il peut utiliser cette résistance pour corriger l'habitude. Chez le buveur animé du désir de se guérir, l'emploi de la suggestion hypnotique donne des résultats rapides et durables. Cette résistance lui permet de se ressaisir et il arrive à supprimer tous les excès alcooliques auxquels il se livrait d'une façon presque inconsciente.

La liste des communications étant épuisée, M. Pitres, président, résume en quelques mots les travaux du Congrès, remercie les vice-présidents, MM. Vallon et Lapointe, le secrétaire général, M. Vernet, les secrétaires des séances, les rapporteurs et les auteurs de communications, enfin les membres de la presse, du concours actif qu'ils lui ont prêté et de leur contribution à assurer le succès du Congrès ; et, disant au revoir à tout le monde pour l'année prochaine, déclare close la septième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Visite des Forges et Hauts-Fourneaux de Pompey

Mercredi 5 Août (soir).

Les médecins aliénistes ont terminé mercredi leur Congrès par une visite-excursion faite aux hauts-fourneaux et aciéries de Pompey.

M. Fould, propriétaire, s'était obligeamment mis à leur disposition pour leur faire visiter en détail toutes les parties de cette importante usine.

La caravane, au nombre d'une quarantaine de membres, parmi lesquels plusieurs dames, sous la conduite de MM. les docteurs Vernet, Pierre Parisot, Hartenberger, Lévy, etc., descendait au train de 1 heure et demie et était reçue à la gare de Pompey par M. Fould, assisté de ses fils et de M. Meyer, directeur.

Bien que la fabrication du fer et de l'acier n'ait en elle-même aucune analogie avec le but du congrès, les diverses phases de la transformation de la matière en métal n'ont point laissé que d'intéresser vivement les excursionnistes. Nous devons ajouter, pour être vrais, que les différents modes de perfectionnements apportés depuis peu à cette usine qui font d'elle une des gloires de notre bassin de la Moselle, ont par eux-mêmes de quoi émerveiller les admirateurs du beau.

C'est un spectacle grandiose et bien fait pour éveiller l'imagination que ces puissantes machines, ces fourneaux en ébullition, ces coulées de métal en fusion et ces longs serpents de feu qu'une véritable ruche humaine dirige sans souci de la chaleur à peine tolérable pour les assistants.

Les différents chefs de fabrication, MM. Pèlerin, Dubois, Dilberger, ont fait à tour de rôle les honneurs de leur atelier et expliqué aux spectateurs émerveillés le fonctionnement des appareils,

Après une promenade de trois heures, la caravane, à laquelle s'était joint M. le docteur Vilhem, de Pompey, se réunissait sous un bosquet, où un lunch était servi.

A cinq heures, après avoir remercié M. Fould de sa gracieuse réception, les membres du Congrès reprenaient le train pour Nancy, terminant ainsi leurs opérations, laissant le champ libre à leurs collègues de la médecine, dont le Congrès s'ouvrait le lendemain, 6 août, à dix heures du matin, sous la présidence de M. le professeur Pitres.

Réception à l'Hôtel de Ville de Nancy

Jeudi 6 Août.

La place Stanislas avait, jeudi soir, un air de fête. On se serait cru à un quatorze juillet, sans feu d'artifice.

Devant l'édifice municipal, pavoisé, scintillant de lumières, une foule nombreuse se pressait pour écouter la musique du 79e régiment d'infanterie, qui jouait en l'honneur de la réception offerte par la municipalité aux médecins congressistes.

Dans le Salon carré, MM. Guérin, Le Monnier et Lanique, adjoints, suppléant M. Maringer, empêché, souhaitaient la bienvenue aux arrivants, qui passaient ensuite dans la salle des fêtes, illuminée comme un soir de grand bal et ornée de faisceaux tricolores. Bientôt la salle fut garnie d'une foule d'habits noirs où se mêlaient quelques uniformes militaires et des toilettes féminines.

Reconnu dans l'assistance : MM. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle ; Kinsbourg, conseiller de préfecture ; les docteurs Henrion et Chapuis, députés ; le docteur Pitres, président du congrès ; le docteur Bernheim et Mme Bernheim ; le docteur Heydenreich et Mme Heydenreich ; le docteur Spillmann et Mme Spillmann ; les docteurs Gross, Schmitt, Stœber, Garnier,

Rohmer, Simon, Sognies, Pierre Parisot, Hartenberger, etc. ; M. Boppe, directeur de l'École forestière ; M. le docteur Laurent, médecin de la marine ; M. le docteur Haas, ex-député de Metz ; M. Denizet, directeur de Maréville ; les docteurs Vernet, Seeligmann, etc., en un mot, de nombreux médecins de Nancy et des environs.

Les groupes se forment, dissertent, tandis que circulent les rafraîchissements exquis, servis par le Grand Hôtel.

Les cigares s'allument, les conversations deviennent générales, et vers onze heures on commence à se retirer en bénissant les congressistes qui ont sagement proscrit les discours de cette agréable réunion.

Dans cette soirée les deux Congrès se trouvèrent superposés l'un à sa naissance, l'autre à son agonie. A onze heures du soir, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes exhalait son dernier soupir, sans même un soupçon d'oraison funèbre, à la lueur des londrès municipaux.

Avant de terminer le compte rendu des travaux du Congrès de Nancy, nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous faciliter la tâche qui nous était imposée en contribuant, par leur précieux concours, au succès du Congrès des aliénistes et neurologistes de 1896.

Au nom du Bureau et de tous les membres adhérents, nous offrons nos remerciements les plus sincères à M. Léon Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle, à M. Maringer, maire de Nancy, à M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de Médecine, qui a mis à notre disposition le magnifique Institut anatomique et son personnel ; à M. Denizet, directeur de Maréville et à l'Administration de l'Asile, qui nous a offert une réception somptueuse ; à M. Fould, propriétaire des forges de Pompey, qui nous

a fait, avec une rare amabilité, les honneurs de son usine, la plus importante de la région.

Merci enfin à nos collaborateurs, MM. les docteurs Seeligmann et Hartenberger, secrétaires des séances, dont le zèle et le dévouement ne s'est pas ralenti un seul instant.

A tous, encore une fois, merci !

TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE DU LUNDI 3 AOUT *(Soir)*

SÉANCE DU MARDI 4 AOUT *(Matin)*

SÉANCE DU MARDI 4 AOUT *(Soir)*

SÉANCE DU MERCREDI 5 AOUT *(Matin)*

JEUDI 6 AOUT

CLOTURE DU CONGRÈS DE 1896

Nançy. — Crépin-Leblond, Passage du Casino.


IMPROBUS
OMNIA
VINCIT
LABOR